Coleção Saúde dos Povos Indígenas

Políticas Antes da Política de Saúde Indígena

Ana Lúcia de Moura Pontes
Felipe Rangel de Souza Machado
Ricardo Ventura Santos
organizadores

Políticas Antes da Política de Saúde Indígena

Políticas Antes da Política de Saúde Indígena

Ana Lúcia de Moura Pontes
Felipe Rangel de Souza Machado
Ricardo Ventura Santos

organizadores

Coleção Saúde dos Povos Indígenas

Revisão
Irene Ernest Dias

Normalização de referências
Clarissa Bravo

Capa
Danowski Design
Criada a partir de imagem extraída do livro *Introdução ao Estudo da Música Indígena Brasileira*, de Helza Camêu (Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura e Departamento de Assuntos Culturais, 1977). Descrição, segundo a autora: "Chocalho globular", Indígenas Tukano, Rio Tiquiê Amazonas, Comissão Rondon, 1929. Peça da Coleção do Museu Nacional, n. 20.446.

Projeto gráfico
Angélica Mello
Daniel Pose

Editoração
Adriana Carvalho Peixoto da Costa
Carlos Fernando Reis da Costa

Produção editorial
Phelipe Gasiglia

Catalogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

P769p

Políticas Antes da Política de Saúde Indígena / organizado por Ana Lúcia de Moura Pontes, Felipe Rangel de Souza Machado e Ricardo Ventura Santos. — Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2021.

404 p. : il. ; tab. ; mapas ; 21 x 26 cm (Coleção Saúde dos Povos Indígenas)

ISBN: 978-65-5708-046-7

Inclui Bibliografia.

1. Índios Sul-Americanos. 2. Saúde de Populações Indígenas. 3. Política de Saúde. 4. Direitos Humanos. 5. Autoritarismo. 6. Doenças Transmissíveis. 7. Reforma dos Serviços de Saúde. I. Pontes, Ana Lúcia de Moura (Org,). II. Machado, Felipe Rangel de Souza (Org.). III. Santos, Ricardo Ventura (Org.). IV. Título.

CDD - 23.ed. – 980.41

Glauce de Oliveira Pereira - Bibliotecária CRB 7/5642

2021
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036, térreo, sala 112
Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro, RJ
Tels.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
editora@fiocruz.br
www.fiocruz.br

Editora filiada

Autores

Adriana Romano Athila é cientista social, doutora em antropologia social pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. É pesquisadora da Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à Covid-19 (Pari-c).

Aline Moreira Magalhães é cientista social e doutora em antropologia social pelo Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ana Lúcia de Moura Pontes (organizadora) é médica sanitarista e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, onde é pesquisadora.

Angela Pappiani é jornalista formada pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo. Diretora da Ikorê, foi coordenadora de comunicação do Núcleo de Cultura Indígena e Instituto de Tradições Indígenas; trabalha há 35 anos nas áreas cultural, ambiental e indígena, desenvolvendo projetos que valorizam, afirmam e divulgam os modos tradicionais de vida, em parceria com os povos originários.

Bruno Nogueira Guimarães é cientista social, doutor em antropologia social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Elena Monteiro Welper é cientista social, doutora em antropologia social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Eliana Elisabeth Diehl é doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. É professora e pesquisadora do Departamento de Ciências Farmacêuticas e do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina.

Felipe Rangel de Souza Machado (organizador) é cientista social, doutor em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Luiza Garnelo é doutora em antropologia pela Universidade Estadual de Campinas. É pesquisadora do Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazônia).

Maria Gorete Gonçalves Selau é médica sanitarista, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atuou na atenção à saúde dos povos indígenas do Alto Rio Solimões (Amazonas, 1983), do Alto Rio Negro (Amazonas, 1984-1985) e do Povo Yanomami (Amazonas e Roraima, 1986-1988). A partir de 1991, atuou em vários órgãos no Ministério da Saúde, na organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e na implantação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Maria Macedo Barroso é historiadora e mestre e doutora em antropologia pelo Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com estágio doutoral na Universitetet i Tromsø, Noruega. É professora aposentada do Departamento de Antropologia Cultural e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ricardo Ventura Santos (organizador) é Ph.D. em antropologia pela Indiana University, EUA. É pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz e professor do Departamento de Antropologia do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ricardo Verdum é cientista social, doutor em antropologia social da América Latina e Caribe pelo Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas da Universidade de Brasília.

Rosanna Jane Dent é Ph.D. em história e sociologia da ciência pela University of Pennsylvania. É professora no Federated Department of History do New Jersey Institute of Technology, em Rutgers-Newark, em New Jersey, EUA.

Sumário

Prefácio

Em tempos de insensibilidades, conhecer é o melhor remédio

Escrever o prefácio de uma coletânea que se refere às *Políticas Antes da Política de Saúde Indígena* voltada para a apresentação de embates e debates é, em tempos de exacerbação das insensibilidades para com os povos etnicamente diferenciados, tarefa árdua, mas necessária, pois a história indígena traz a lume o passado que as elites querem esquecer e o Estado procura à força silenciar.

A pauta dos movimentos indígenas, ainda hoje, prioriza o território como espaço de vida e busca providências que assegurem a terra de forma legal e constitucional, evitando que as inscrições da Constituição brasileira de 1988 se tornem letra morta, pois a garantia da terra é suporte necessário à saúde indígena. A saúde indígena é um projeto político gerado a muitas mãos e traz consigo um "modelo de sociedade" ou de "bem viver" – como querem os movimentos indígenas na América Latina – que implica respeito, diálogo, participação e garantias de atenção à saúde de povos indígenas.

Ana Lúcia de Moura Pontes, Felipe Rangel de Souza Machado e Ricardo Ventura Santos aquecem o debate sobre a vida dos povos indígenas com saúde reunindo uma pertinente seleção de autores/as que se debruçam sobre temas e problemas sempre tão caros à ciência para produzir um rico embate sobre os primórdios do que se chamou, posteriormente, saúde indígena.

O livro se estrutura em torno de dois grandes eixos. Inicialmente, torna visíveis os contextos, as agências sociais e o cenário dos anos que precedem a regulamentação da saúde indígena, oferecendo ao leitor a possibilidade de se familiarizar com a movimentação do período. Em seguida, apresenta trajetórias, articulações e a discussão sobre a "longa duração" da criação do subsistema de saúde indígena, após a Reforma Sanitária.

A delicada teia urdida pelos/as autores/as revela a transformação da saúde indígena em pauta fundamental aos povos indígenas, costurada com esmero no território tradicional, pois sem ele a resistência e a luta pela vida com saúde não teriam ampliado seus horizontes. Enlaça outra pauta que dá suporte às reivindicações apresentadas pelos povos indígenas, qual seja, a da educação, que se faz presente nos bastidores das ações enunciadas nos textos e implica uma vivência de lutas que forja os intelectuais indígenas militantes do campo da saúde.

Habilmente, cientistas não indígenas procuram ouvir os protagonistas indígenas e de soslaio destacam a diplomacia indígena que busca contar com aliados/as históricos/as e juntos constroem um vigoroso lastro que proporciona entendimento e solidariedade entre interlocutores/as indígenas e não indígenas. Assim recompõem a trajetória em que foram gerados consensos importantes que culminaram com a aprovação da Lei Arouca, tão cara às lideranças indígenas que militam em espaços diversos pela saúde de seus povos.

A construção narrativa no interior da obra dá ao público leitor a dimensão do vigor dos povos indígenas. Diferentemente do que vaticinou a antropologia no início da segunda metade do século XX, os povos indígenas, que já estavam no Brasil antes da invasão europeia, continuam vivos, mantêm a chama da luta por direitos, participam e exercem o controle social de suas vidas, apesar das vicissitudes que enfrentam cotidianamente.

Os povos indígenas não desapareceram, eles estão vivos! A anunciada morte contrariou os profetas e cedeu lugar à participação qualificada nos debates e, também, nos embates por uma política de saúde diferenciada, apesar da animosidade genocida do Estado brasileiro.

Cuidadosamente, os textos estão organizados para favorecer a compreensão da atenção à saúde, no mais das vezes negligenciada pelos/as agentes estatais tanto do antigo Serviço de Proteção aos Índios (SPI) quanto do órgão que o substituiu, a Fundação Nacional do Índio (Funai). Reportam, entre outros, o tenso momento da transferência, pela Funai, da responsabilidade pela saúde indígena para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e toda a discussão que se seguiu até a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que entre erros e acertos proporcionam algum conforto aos povos indígenas, sempre em meio a muitas batalhas.

Os/as autores/as evidenciam os jogos essenciais à compreensão das articulações e dos processos que se sucedem a cada passo, identificando os/as responsáveis por sua construção e, trazendo à luz e ao palco, fazem desfilar diante do/a leitor/a as vozes e as pessoas que produziram as discussões. Orientados por fina sensibilidade, retiram dos bastidores os/as interlocutores/as não indígenas e as lideranças indígenas.

Os fatos apresentados percorrem os caminhos da memória que o tempo tenta esmaecer, e o foco na ribalta informa a nós que, mesmo na adversidade dos tempos ditatoriais, quando denúncias e denunciantes eram "desaparecidos/as", o compromisso social dos movimentos promoveu um cenário favorável às demandas dos povos indígenas.

A quem foi oferecido o privilégio de o ler, em primeira mão, para poder prefaciá-lo, este volume evocou lembranças sobre a origem do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), que em 1972 elevou a voz em favor dos povos indígenas. No caso do Cimi Norte II, cujas ações alcançam Pará e Amapá (região onde também vivo e tenho desenvolvido minhas atividades profissionais por décadas, ou seja, próxima de meu lar afetivo e acadêmico), gostaria aqui de fazer referência ao importante papel do padre Nello Ruffaldi, de saudosa memória, e da irmã Rebecca Spires, ainda em ação nas Amazônias, apoiando mais de oitenta povos indígenas em movimento.

No desenrolar dos textos, o registro do período ditatorial me fez rebobinar o filme – coisa antiga – e voltar à Funai dominada pelos militares, e eu, em meio à tristeza que a memória coletiva e pessoal desperta, preferi pensar que a luta continua! E os textos sobre políticas indigenistas governamentais dos anos 60, 70 e 80 do século XX fizeram-me lembrar que assisti, como convidada especialista, a um seminário quando da passagem da responsabilidade pela saúde indígena da Funai para a Funasa, momento em que pude ouvir Sofia Mendonça e Douglas Rodrigues, médicos sanitaristas, falarem de suas experiências no Parque do Xingu.

Paro por aqui os registros da memória porque, como ela falha, pode nos fazer mentir sem que a verdade se ausente, e também porque não quero informar sobre o desfecho da obra, mas sim despertar o gosto pela leitura sobre a saúde indígena, luta que nos pertence e requer apoiar o Sistema Único de Saúde (SUS), sem esquecer de aplaudir os/as visionários/as da Reforma Sanitária.

A busca histórica dos autores, permeada por um olhar antropológico, contribui para trazer à cena documentos sobre as situações descritas, alguns deles esquecidos ou opacos. E para trazer aos olhos mais jovens que hoje se interessam pelo tema elementos documentais e interpretativos que têm o potencial de permitir a todos/as conhecer ou relembrar assuntos amarelados pelo tempo. Isso alcança as tentativas de ressignificar expressões pejorativas para aproximar a causa indígena do público em geral que, colonizado pelas escolas e pela mídia, usava a expressão "programa de índio" para se referir a algo desprezível, fruto do racismo recreativo[1] que ofende e discrimina minorias sociais. A renovação da expressão, via programa de rádio, fez desfilar durante cinco anos lideranças indígenas que usaram do espaço para divulgar seus conhecimentos na tentativa de diminuir a ignorância, o desconhecimento dos brasileiros "brancos" a respeito dos povos indígenas.

Agradeço aos/as autores/as e organizadores/as pela comunicação de suas pesquisas, que tornam a coletânea leitura obrigatória para o conhecimento da saúde indígena. Ler o trabalho que ora vem a lume é tarefa política de quem deseja um Brasil plural, inclusivo e democrático, e por ele milita.

Jane Felipe Beltrão

Mestra em antropologia, doutora em história,
professora titular da Universidade Federal do Pará

Nota

[1] Sobre o assunto, conferir MOREIRA, A. *Racismo Recreativo*. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen, 2019. (Feminismos Plurais)

Apresentação

Eu quero agradecer essa oportunidade, eu estou empolgado falando isso, porque a gente tem uma experiência de luta, que vai ficar gravado [nesta entrevista] e que você vai levar... Eu posso dizer a todos que o que existe hoje, em termos de lei, em termos de decreto, é uma conquista do povo indígena. Que muitos, a sociedade não indígena, ele ignora ainda, porque acha que o governo deu de mão beijada. Muitos não indígenas não entendem que é uma luta e é um direito nosso. A gente nunca para de reforçar que é um direito nosso e sempre vamos lutar. Nesse governo agora tem muita expectativa de mudança, inclusive de acabar com o subsistema de saúde indígena, e eu quero dizer que nós não vamos deixar. Vamos resistir e vamos permanecer. Resistimos há 519 anos, vamos resistir mais 519 anos. Talvez não seja eu, mas os meus descendentes. Eles vão se orgulhar de dizer que nós somos indígenas e vamos permanecer como indígenas, o governo querendo ou não. Então isso é que eu tenho a falar.

Zezinho Kaxarari, 27 de maio de 2019

A implantação de políticas públicas, seja no campo da saúde ou em outras áreas, vem irremediavelmente associada à construção de narrativas sobre os processos de sua formulação. Tais abordagens podem contribuir tanto para a amplificação como para o apagamento das suas temporalidades, dinamicidades e complexidades, não raro relegando a segundo plano debates e embates relacionados a movimentações sociopolíticas próprias desses contextos. Na fala da liderança indígena Zezinho Kaxarari em epígrafe, há uma candente manifestação acerca do

protagonismo dos povos indígenas na elaboração da atual política pública de saúde indígena no Brasil. A importância desse protagonismo não tem sido registrada nas narrativas mais canônicas sobre a trajetória de criação do subsistema de saúde indígena implantado no país.

No Brasil, a reforma constitucional ocorrida no final da década de 1980 incorporou a universalização do direito à saúde como princípio fundamental (Paim *et al.*, 2011). Ao mesmo tempo, os povos indígenas tiveram seus direitos socioculturais e territoriais reconhecidos, o que contribuiu para pavimentar, uma década depois, os caminhos para a concretização de uma política de saúde específica direcionada a esses povos. Assim, em 1999, a lei 9.836, também denominada Lei Arouca, criou no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), organizado na forma de sistemas locais de saúde em territórios indígenas.[1]

O detalhamento do modelo de atenção para implementação do SasiSUS foi apresentado em 2002 na chamada Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi). No concernente à participação de indígenas na proposição da política, pode-se ler no último parágrafo do documento:

> Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo. (Funasa, 2002: 6)

Desse modo, no texto da Pnaspi é explicitamente mencionada a participação de organizações da sociedade e de representantes das organizações indígenas, ainda que não como protagonistas, na estruturação da política. Na seção seguinte do documento, denominada "Antecedentes", há uma breve apresentação da trajetória das ações governamentais referentes à saúde dos povos indígenas, na qual são apontados como marcos da nova política a realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, e a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 1993. São também assinalados os decretos, resoluções e marcos legais da implementação do SasiSUS.

Como as políticas de saúde emergem em contextos sócio-históricos (Bernstein, 2017; Shore & Wright, 2011; Vieira-da-Silva, 2018), é inquestionável que as bases da concepção das atuais políticas públicas direcionadas aos povos indígenas, que se aplicam diretamente ao campo da saúde, estão intimamente articuladas com

a redemocratização do país, após duas décadas de ditadura civil-militar (1964-1985) (cf. Araújo, 2006; Carneiro da Cunha, 2018; Oliveira, 1998; 2016; Ramos, 1998; Silva, Souza Lima & Baines, 2009; Souza Lima, 2015; Valente, 2017; Verdum, 2018). A sua consolidação ocorreu com a promulgação da Constituição de 1988, mas tem suas raízes em dinâmicas sociopolíticas que nos remetem a períodos pregressos.

Nos anos 1970, como exemplificado pelas declarações de Barbados, denúncias contra violações dos direitos indígenas por parte dos Estados nacionais e da sociedade em geral, assim como críticas às formas de atuação de instituições envolvidas com esses povos, como no caso da Igreja e outras organizações de cunho religioso, foram formalizadas em diversos documentos de ampla circulação na América Latina (Bartolomé, 2017; Bonfil-Batalla, 1977; Ramos, 1998; ver também Hoffmann, 2011).[2] Eram manifestos, redigidos e subscritos por antropólogos, religiosos de matriz progressista e outros apoiadores das causas indígenas que enfocavam a necessidade de respeito às tradições e culturas indígenas, de garantia de seus direitos territoriais e de ênfase em sua autodeterminação.

Foi nesse contexto que se criou, em 1972, o Conselho Indigenista Missionário (Cimi). As origens do Cimi se associam a uma vertente progressista de atuação da Igreja católica brasileira que buscava, além de romper com o modelo tradicional de evangelização, apoiar as comunidades indígenas na interlocução com o Estado e na defesa dos seus direitos e territórios. Ao longo de sua trajetória, o Cimi atuou diretamente nas ações de saúde. Em 1974, passou a promover as chamadas Assembleias Indígenas. Se inicialmente contavam com incentivo do Cimi, logo essas assembleias foram apropriadas como estratégia política das comunidades indígenas, contribuindo para a consolidação de diversas lideranças e a aproximação dos diferentes grupos indígenas na articulação de pautas comuns. Esses encontros contribuíram para a criação, em 1980, de uma primeira entidade nacional de representação indígena, a União das Nações Indígenas (UNI), que teve papel central no estabelecimento de uma nova relação dos povos indígenas com o Estado nacional e, principalmente, na atuação política dos próprios indígenas na reivindicação pela demarcação e proteção de suas terras (Bicalho, 2010; Ossami, 1993; Valente, 2017).

Apesar da repressão imposta pela ditadura que atravessou os anos 1970, o apoio e a defesa dos direitos dos povos indígenas vieram a se constituir em pautas que aproximaram múltiplos atores da sociedade civil, incluindo lideranças indígenas, antropólogos, médicos, enfermeiros, advogados, entre outros segmentos (Carneiro da Cunha, 2018; Valente, 2017). Nesse contexto, o Centro Ecumênico de Documentação e Informação (Cedi), com atuação desde a década de 1960, passou a desenvolver atividades específicas voltadas para os povos indígenas na primeira metade dos anos 1970. Houve também o surgimento de várias organizações não governamentais de apoio à causa indígena, como a Comissão pela Criação do Parque Yanomami (CCPY) e a Associação Nacional de Ação Indigenista (Anai), ambas em 1978, e a Comissão Pró-Índio (CPI), em 1979 (Carneiro da Cunha, 2018). Essas

entidades viriam a trabalhar em conjunto com lideranças indígenas buscando dar visibilidade a suas demandas e promovendo auxílio técnico para suas reivindicações, principalmente na demarcação de seus territórios.

Nos anos 1970, uma das estratégias usadas pelos atores indigenistas para dar visibilidade às demandas dos indígenas foi a produção de informações sobre aspectos demográficos e situação de saúde dos povos indígenas. Se o paradigma predominante na política indigenista brasileira até a década de 1970 era que os povos indígenas iriam desaparecer como segmentos socialmente diferenciados, diversas instituições procuraram "colocar os índios no mapa" (Ricardo, 1996, 2000; Santos *et al.*, 2019a, 2019b). Particularmente, os antropólogos, que estavam em sua maioria na academia, desenvolveram estudos e sistematizações denunciando as epidemias e o genocídio indígena decorrentes dos projetos de desenvolvimento na Amazônia, e solicitavam a atuação do Estado na proteção dos territórios indígenas e no atendimento à saúde dessas populações (Davis, 1978; Ramos, 1993, 1998; Valente, 2017).[3]

A constatação de cenários sanitários alarmantes nas comunidades indígenas levou à aproximação do movimento indigenista e indígena com profissionais da saúde, particularmente médicos. Nas décadas de 1970 e 1980, em função de experiências de atuação em territórios indígenas nas mais diversas regiões do país, ampliou-se a participação de profissionais da saúde nas pautas indigenistas em âmbito nacional. Nesse contexto, os eventos relacionados aos povos Yanomami, localizados na fronteira entre o estado de Roraima e a Venezuela, se destacam nesse período, com o Distrito Sanitário Yanomami tendo sido o primeiro implementado, em 1991, antes da regulamentação da política nacional. Nessa região houve intensa articulação política entre antropólogos, médicos, agentes de governo e organismos internacionais, na busca de proteção do território e da saúde desses povos. A CCPY foi a grande mobilizadora, tendo utilizado dados sobre epidemias e relatórios de saúde na argumentação para defender a demarcação do território Yanomami.

Assim, na segunda metade da década de 1980, quando se instaura a Constituinte, o movimento indígena e seus aliados se articulam para fins da proposição e aprovação de uma emenda popular acerca dos direitos dos povos indígenas. A Constituição de 1988 refletiu o acúmulo de reflexões coletivas desse campo, reforçadas pela massiva pressão presencial de aproximadamente quatrocentos indígenas no Congresso Nacional ao longo das votações na Assembleia Nacional Constituinte (Bicalho, 2010; Carneiro da Cunha, 2018; Carneiro da Cunha & Barbosa, 2018; Ricardo, 1996; Santilli, 1993; Santos, 1989). Dessa forma, o texto constitucional instaurou novos marcos para a relação do Estado com povos indígenas, e tomando como base seus direitos territoriais e socioculturais, também viabilizou a conquista de políticas públicas de saúde específicas para essas populações.

Como já mencionado, em 1999, portanto uma década depois de promulgada a nova Constituição, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) por meio da Lei Arouca. O subsistema foi idealizado para atender a população indígena residente em territórios indígenas, através de uma estrutura composta de sistemas locais de saúde, denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).[4] Nos marcos da lei, cada DSEI é responsável pela realização de ações de atenção primária a partir do trabalho de equipes multidisciplinares de saúde, que envolvem agentes indígenas de saúde, médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e de saúde bucal. O modelo de atenção estabelece a necessidade de considerar as especificidades linguísticas, socioculturais e geográficas dos territórios indígenas, e de articular as ações de saúde com os conhecimentos, as práticas e os especialistas indígenas em saúde. Outro atributo do SasiSUS é que em cada DSEI deve operar uma estrutura denominada Conselho Distrital de Saúde Indígena, voltada para propor e monitorar, com participação indígena, as ações de saúde. No subsistema, busca-se, em princípio, prover uma assistência à saúde que respeite a diversidade e contemple as especificidades socioculturais dos povos indígenas, assim como contribua para reduzir as marcantes iniquidades em saúde que afetam essas minorias étnicas.[5]

Ao longo das últimas duas décadas foram realizados diversos estudos de recorte histórico e antropológico voltados para a análise das condições sociopolíticas que permitiram a emergência e consolidação da política nacional de saúde para as populações indígenas no Brasil (Athias & Machado, 2001; Chaves, Cardoso & Almeida, 2006; Coelho & Shankland, 2011; Langdon & Cardoso, 2015; Garnelo, 2006, 2012; Pontes & Santos, 2020; Teixeira & Garnelo, 2014; Verani, 1999). Nas apreciações históricas sobre a constituição da atual política pública no campo da saúde dos povos indígenas, possivelmente a vertente que tem sido mais explorada diz respeito ao envolvimento dos indígenas em dinâmicas como o chamado controle social no âmbito do funcionamento do SasiSUS, em particular em períodos mais recentes, sobretudo a partir da primeira década dos anos 2000 (Garnelo & Sampaio, 2003; Langdon & Diehl, 2007; Teixeira, 2017; Teixeira & Silva, 2015), assim como a participação nas equipes multidisciplinares de saúde (Diehl, Langdon & Dias-Scopel, 2012; Langdon *et al.*, 2006, Pontes & Garnelo, 2014). Nota-se que, comparativamente, pouca ênfase tem sido dada à atuação e influência dos movimentos sociais nas décadas de 1970 a 1990, incluindo líderes comunitários e ações políticas de grupos cuja atuação contribuiu para moldar os conteúdos e diretrizes das políticas de saúde que vieram a se consolidar na década de 1990 (Pontes & Santos, 2020).

Considerando o cenário mais amplo acima delineado, ao denominar esta coletânea de *Políticas Antes da Política de Saúde Indígena* explicitamos nosso interesse em analisar a construção do SasiSUS abarcando, inclusive temporalmente, atores e processos sociopolíticos que não raro são apenas mencionados, se tanto, nas

entrelinhas das narrativas mais usuais. Buscamos ir além de uma acepção estreita de participação, que em geral se refere a envolvimento em espaços institucionalizados, almejando incluir as múltiplas e complexas redes de colaboração que envolvem a trajetória histórica de políticas públicas. O que se pode dizer sobre a multiplicidade de contextos, atores e instituições que se envolveram nos conflitos e/ou convergências que levaram à conquista do subsistema de saúde indígena no âmbito do SUS?

Trajetória da pesquisa e da organização da coletânea

Este livro deriva de investigações conduzidas no âmbito do projeto de pesquisa Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas.[6] Um dos componentes dessa iniciativa de pesquisa, em andamento, é a investigação histórico-antropológica da criação do subsistema de saúde indígena no Brasil, buscando compreender os contextos sociopolíticos e as complexas dinâmicas de interação entre atores sociais em que essa política pública emerge (Bernstein, 2017; Shore & Wright, 2011; Rezende & Baptista, 2015).

As atividades da pesquisa foram iniciadas em 2018 e têm contemplado a realização de entrevistas com a metodologia da história oral[7] e a análise de material documental. Além de diversas lideranças indígenas, foram entrevistados profissionais da saúde, antropólogos, gestores de serviços, funcionários da Fundação Nacional do Índio (Funai), acadêmicos, missionários, militantes de organizações indigenistas, um ex-deputado e advogados, entre outros. Um tema recorrente nas entrevistas foram as influências dos contextos sociopolíticos das décadas de 1970 e 1980 na constituição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas nos anos 2000.

Como ponto de partida na seleção dos entrevistados, buscou-se identificar aqueles cujos nomes eram mencionados em documentos relacionados a eventos considerados centrais na trajetória do que veio a se constituir no SasiSUS, quais sejam: o relatório da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, de 1986; a edição especial da revista *Saúde em Debate* sobre A Saúde do Índio, de 1988; e o relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, de 1993. Na parte final de cada entrevista realizada, cada entrevistado foi perguntado sobre outros atores – particularmente, mas não exclusivamente indígenas – atuantes e envolvidos no processo.[8] Também foi solicitado a cada entrevistado que indicasse ou cedesse documentos (relatórios, textos, material de divulgação, projetos) relacionados ao tema.[9] Essa iniciativa se mostrou muito produtiva, pois diversos entrevistados possuíam importantes acervos que, avaliados em seguida, evidenciaram a amplitude das questões enolvidas nesse período, jogando luz sobre diversos eventos e diferentes vozes.

Com o andamento das entrevistas, o escopo temporal da investigação foi sendo ajustado. Inicialmente considerava-se que o desenvolvimento das ideias e eventos se concentraria nos próprios anos 1990, dado que a Lei Arouca foi promulgada em 1999. Mas as narrativas de diversos entrevistados atestaram a atuação de um conjunto de atores, individuais e institucionais, desde pelo menos a década de 1970, o que, via de regra, não tem sido considerado nas análises acerca da formulação do SasiSUS. Entre tais atores, podem ser mencionadas a União das Nações Indígenas (UNI) e organizações não governamentais indigenistas, como o Centro Ecumênico de Documentação e Informação (Cedi) e o Conselho Indigenista Missionário (Cimi). Em capítulos deste volume, serão abrangidas as trajetórias e contribuições dessas organizações nas interfaces com questões relacionadas à saúde dos povos indígenas, assim como a participação de profissionais da área da saúde (medicina e enfermagem, em particular) e de indígenas envolvidos nas instâncias do chamado controle social.

Organização da coletânea

Este volume está estruturado em duas partes.[10] A primeira, denominada "Contextos e Atores no Cenário da (In)Visibilidade da Saúde Indígena", é composta por textos dedicados à atuação de diferentes sujeitos políticos na área de saúde dos povos indígenas com foco, ainda que não exclusivamente, nas décadas de 1970 e 1980. Na segunda parte da coletânea, "Trajetórias e Articulações na Formulação do Subsistema", os autores se debruçam sobre as questões ligadas à reforma sanitária indigenista, relacionadas aos contextos regionais e nacional.

No capítulo 1, "O direito à terra, o direito de ir e vir: saúde e movimento indígena a partir da década de 1970", Aline Moreira Magalhães analisa as vicissitudes da categoria saúde, conforme tratada pelo movimento indígena, e particularmente na atuação da União das Nações Indígenas (UNI) ao longo da década de 1980. A autora argumenta que no período pré-Constituinte, a noção de saúde se mostra intimamente associada a formas instrumentais relacionadas às atividades dos órgãos tutelares (Serviço de Proteção ao Índio e Funai), como expresso em categorias como medicalização e atenção hospitalar e na atuação de profissionais como enfermeiras e médicos. Ao termo "saúde", por sua vez, no percurso da redemocratização passam a ser imputados novos significados, mediante reflexões acerca do acesso ao território, da representatividade indígena e da cidadania. Como destacado pela autora, "A associação entre saúde e território, contrastada com a noção de saúde incutida pela assistência propiciada pelos órgãos tutelares, embora não tenha sepultado esta última nem seus reducionismos, possibilitou o fortalecimento de ambas as

demandas, por saúde e por território, complexificadas à luz de outros paradigmas e olhares, afirmados pela organização indígena ascendente".

Em seguida, Elena Monteiro Welper analisa no capítulo 2, "Cinco encontros e a Oitava: as ações de saúde do Conselho Indigenista Missionário (Cimi) no contexto pré-Constituinte", a atuação do Cimi no campo da saúde dos povos indígenas. A autora explora a formação do setor de saúde do Cimi com o objetivo de identificar os conceitos, as práticas e alianças que informaram suas ações. A investigação recupera as ações realizadas nesse setor entre 1972 e 1986, isto é, desde a sua criação até a sua participação na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI). Segundo Welper, o Cimi, apoiado no conceito holístico de saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade", fez do campo da saúde instrumento na luta pela demarcação de terras, enfatizando a promoção da autodeterminação indígena. A autora revela como, ao longo de sua trajetória, o Cimi atuou como uma instituição anfitriã no caso do movimento indígena no Brasil, tendo contribuído para a promoção de causas e na organização de atividades importantes no campo da saúde indígena em seus primórdios.

No capítulo 3, "Estatísticas de resistência e os horizontes da saúde indígena na ditadura militar", Bruno Nogueira Guimarães e Ricardo Ventura Santos investigam a trajetória de produção de informações sobre os povos indígenas pelo Centro Ecumênico de Documentação e Informação (Cedi). Os autores analisam a organização do chamado Levantamento dos Povos Indígenas no Brasil, sinalizando que, por ocasião da mobilização política em defesa dos direitos indígenas na ditadura militar, na segunda metade da década de 1970 e no início dos anos 1980, ativistas no campo indigenista conduziram iniciativas de pesquisa-movimento que contribuíram para contestar tecnicamente os pressupostos que informavam a legislação e as políticas públicas para os indígenas no país. Um dos materiais investigados pelos autores é o conteúdo de fichas preenchidas por colaboradores do Cedi e utilizadas para a caracterização da situação dos povos indígenas no país, nas quais se enfocavam vários temas relacionados à saúde. A estratégia adotada foi a de produzir e disseminar informações populacionais, indicando tanto a localização quanto o quantitativo de cada povo indígena estudado, corroborando a ideia de que os índios não pertenciam a uma categoria transitória: eles "estão no Brasil para ficar".

O capítulo 4, intitulado "'Uma oportunidade inusitada que desaparece rapidamente': doenças infecciosas, populações indígenas e a produção de conhecimentos biomédicos na Amazônia, 1960-1970", é a tradução de um texto de Rosanna Jane Dent e Ricardo Ventura Santos publicado em 2017 no periódico *Perspectives on Science*. Os autores exploram convergências e heterogeneidades no campo das pesquisas biomédicas acerca da ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias na Amazônia em meados do século XX, situando as questões no contexto internacional

mais amplo em voga no período. E observam os modos "como os pesquisadores da área da biomedicina conceberam as populações indígenas amazônicas como potencialmente representativas para fins da proposição de modelos científicos". Em um contexto de crescentes mudanças ecológicas e socioeconômicas que acompanharam a aceleração da invasão dos territórios indígenas por sociedades nacionais na segunda metade do século XX, algumas comunidades indígenas específicas foram vistas como mais representativas para embasar os modelos teóricos propostos pelos cientistas, que envolviam premissas acerca de eixos como passado-presente e pureza-contaminação. Como detalhado no texto, tais pesquisas se articularam com a proposição de estratégias e políticas de saúde voltadas para os povos indígenas, em particular aqueles de recente contato.

Os capítulos 5 e 6 constituem um par de textos intimamente articulados. No primeiro, intitulado "A ação médico-sanitária da Funai entre 1967 e 1988: uma contribuição à superação de ideias equivocadas", Ricardo Verdum apresenta e contextualiza o importante texto de Maria Gorete Gonçalves Selau intitulado "A política indigenista governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras, 1967-1988", reproduzido no capítulo 6. Como registra Verdum, o texto de Selau é um relatório da pesquisa documental conduzida de 1989 a 1991 nos arquivos da Divisão de Saúde e no Centro de Documentação da Fundação Nacional do Índio (Cedoc/Funai) em Brasília. A atuação da Funai na área da saúde é pouco investigada, apesar de sua centralidade para a compreensão da política e da ação indigenista do Estado brasileiro. Baseada em farta documentação pouco conhecida e analisada, Selau demonstra como as atividades de assistência realizadas pela Funai não o foram apenas diretamente, mas também envolveram uma complexa rede de convênios com instituições governamentais e não governamentais. Conforme destacado por Verdum, seu relatório apresenta "uma série de elementos, dados, informações e indícios sobre o período trabalhado (...). [e] Um trabalho árduo, imaginativo e sistemático de análise de um conjunto de documentos a que muito provavelmente nenhum outro pesquisador até o momento teve acesso direto".

A segunda parte da coletânea se inicia com o capítulo 7, intitulado "Debates e embates entre Reforma Sanitária e indigenismo na criação do subsistema de saúde indígena e do modelo de distritalização", escrito por Ana Lúcia de Moura Pontes. A autora aprofunda as relações entre reforma sanitária e movimentos indigenistas, salientando as convergências e conflitos que vieram à tona durante a construção da política de saúde indígena. Segundo Pontes, "Naquele contexto, houve convergência entre o discurso colocado pela Reforma Sanitária e as pautas indigenistas, com destaque para o conceito ampliado de saúde, a democratização e a centralidade do território na sua determinação. Por outro lado, a divergência do movimento indígena com a vertente municipalista da saúde se desdobra na defesa

do modelo de distritalização para a organização da saúde indígena, que tinha ampla legitimidade no âmbito da Reforma Sanitária”. Além de apontar as articulações entre a Reforma Sanitária e o movimento indígena e indigenista brasileiros, destacando o papel de Sergio Arouca como parceiro estratégico, a autora se detém mais profundamente nas questões relativas à mudança de modelos de atenção e aos caminhos pelos quais a proposta de distritalização ganha centralidade na organização do novo subsistema de saúde indígena.

No capítulo 8, “A *emergência* do Distrito Sanitário Yanomami: uma análise sociopolítica”, Adriana Athila toma as situações de emergência e epidemias entre os Yanomami como mote para refletir sobre a participação de movimentos indígenas e indigenistas na política de saúde indígena. A autora desenvolve seus argumentos mediante o resgate das condições sociopolíticas, ideias e ações envolvidas em três iniciativas sucessivas de saúde, que aconteceram em um período que vai da época do regime militar ao início da redemocratização do país, quais sejam: o Plano Yanoama (1975-1976), durante o impacto epidemiológico da abertura da estrada Perimetral Norte (1975); as ações de saúde desempenhadas e/ou coordenadas pela Comissão pela Criação do Parque Yanomami (CCPY), nos termos de um Plano de Saúde Interdisciplinar (1980-1987); e o Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (Peasy), que foi implementado em meio ao colapso epidemiológico decorrente da invasão de milhares de garimpeiros nas terras Yanomami, em 1991. Em seu texto, Athila discorre sobre questões relacionadas a saúde, doença, história e política em um contexto específico e remete, em escala mais ampla, à trajetória de criação do primeiro distrito sanitário indígena implantado no Brasil.

No capítulo 9, “A longa reforma sanitária indígena”, Felipe Rangel de Souza Machado e Luiza Garnelo analisam as bases de sustentação para a proposição da lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, pelo então deputado federal Sergio Arouca e os meandros de sua tramitação pelo Parlamento brasileiro. Com o termo “longa reforma sanitária indígena”, Machado e Garnelo propõem uma comparação entre a Reforma Sanitária que encontrou seu auge no ano de 1990 e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o SasiSUS, em 1999, demonstrando que o reconhecimento das necessidades específicas da saúde indígena demandou um tempo substancialmente maior. A análise dos autores indica que a tramitação do PL da Saúde Indígena transcorreu num inusitado clima de consenso, o que propiciou um fluxo relativamente acelerado e, sobretudo, sem obstáculos à sua aprovação. Os autores destacam, por fim, que a Lei Arouca resultou não da atuação isolada de um grupo ou indivíduo, pois “O esboço obtido mostrou que o contexto político vigente no período propiciou a atuação coordenada de múltiplas correntes de pensamento e de diversas linhas de atuação técnica e política em favor dos direitos indígenas”.

No capítulo 10, “Dos organismos às organizações: a estruturação do DSEI Leste Roraima e as mobilizações em torno da saúde indígena”, Maria Macedo Barroso

analisa as condições de criação e implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Leste Roraima. Para isso, discorre tanto sobre as mobilizações indígenas quanto sobre as transformações nos campos da atuação missionária, médica e antropológica que introduziram novas formas de atuação indigenista na área da saúde. A autora salienta como a reforma do Estado na década de 1990 passou a privilegiar as organizações da sociedade civil, entre as quais as organizações indígenas, como instrumentos de terceirização das políticas públicas. E demarca a passagem das visões que atribuíam ao controle de fatores etiológicos o papel principal na promoção da saúde àquelas que entendem doença e saúde como o resultado de um conjunto de condições econômicas, políticas e sociais. A análise de Barroso mostra como as mobilizações indígenas assumiram um caráter bifronte, associado tanto a *práticas da política*, que incluem as lutas pela afirmação e definição de direitos indígenas dentro do Estado nacional, quanto a *práticas de governo*, que envolvem a gestão de territórios e populações.

No capítulo 11, "Participação no contexto pré-Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: a perspectiva das vozes indígenas", Eliana Elisabeth Diehl analisa a participação social indígena na saúde nas décadas de 1980 e 1990, buscando compreender como suas vozes emergiram nesse cenário. Inicialmente, se volta para questões relacionadas à 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986) e em seguida analisa, já nos anos 1990, espaços de participação como a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Diehl registra que nos anos 1980 o movimento indígena se articulou em torno da saúde, defendendo uma atenção aos povos indígenas sob responsabilidade federal e a participação plena em todas as instâncias e momentos de decisão, e que a partir de 1990 a saúde se tornou central para os indígenas. Segundo a autora, a participação e o crescimento do protagonismo dos indígenas nos espaços de negociação criados pelo Estado envolve múltiplos sentidos, e mesmo contradições, na busca e no exercício de seus direitos.

Os capítulos 12 e 13 também constituem dois textos articulados. No primeiro, "'Programa de Índio' para 'amansar' branco", Angela Pappiani apresenta a experiência de um programa produzido pelo Núcleo de Cultura da União das Nações Indígenas e veiculado na Rádio USP, que teve à frente o importante intelectual e ativista indígena Ailton Krenak. O *Programa de Índio* foi ao ar de 1985 a 1990 e era veiculado semanalmente, com duração de 30 minutos. Foram mais de duzentos programas criados e conduzidos por pessoas indígenas "com a proposta de aproximação com o Brasil, de divulgação de suas tradições e realidades, de defesa e luta por seus direitos, com informação, história, música, cultura, humor, beleza". Nos cinco anos do programa, houve a participação de um significativo conjunto de indígenas, com depoimentos e entrevistas registrados em seus lugares de origem ou em eventos que reuniam esses povos. O capítulo 13 traz a transcrição da primeira

parte do episódio do *Programa de Índio* veiculado no dia 30 de novembro de 1986, cujo mote foi a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, ocorrida dias antes. Além das análises de Ailton Krenak, entremeadas pelo som de flautas Wajãpi e de cantos Kamayurá, esse programa específico contou com a participação de Sergio Arouca e de Raoni, liderança indígena Metuktire. O texto resultante da transcrição do programa lança luz sobre a intensa articulação de múltiplas vozes, indígenas e não indígenas, e as redes de personagens e instituições que participaram da trajetória da atual política pública de saúde dos povos indígenas.

Últimas palavras antes da leitura...

Os autores desta coletânea se reportam ao prolongado e complexo caminho percorrido até o que veio a ser a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, que envolveu dimensões de protagonismo indígena e indigenista até o momento pouco explorados na literatura. Ademais, identificam confluências entre as bases discursivas dos movimentos indigenistas e as do movimento sanitarista nas justificativas para a criação e a inclusão do SasiSUS na Lei Orgânica do SUS. Apesar das distâncias abissais que separavam as realidades materiais e simbólicas de indígenas e não indígenas, lideranças do movimento da Reforma Sanitária (com destaque para a atuação de Sergio Arouca e de pessoas em seu entorno) se sensibilizaram (ou foram sensibilizadas) e se mostraram artífices fundamentais da incorporação no sistema nacional de saúde das demandas acerca de especificidades socioculturais dos povos indígenas. Todo esse complexo processo conformou o que em um dos capítulos se denominou "longa" reforma sanitária indígena.

Esperamos que o conjunto de análises e interpretações aqui reunido contribua para ampliar o escopo analítico sobre a formulação da atual política de saúde indígena incorporando informações, particularmente sobre o período entre as décadas de 1970 e 1980, que têm sido pouco enfatizadas, ou mesmo invisibilizadas na narrativa hegemônica. Assim, se prevalecia a percepção de que a participação e o protagonismo indígenas haviam sido tardios (iniciado apenas na década de 1990), as entrevistas e a análise documental analisadas nos capítulos destacam a fundamental presença, participação e protagonismo indígenas ao longo de um período que, até o momento, tem sido pouco analisado e investigado. O conjunto de textos dá relevo a dinâmicas e complexas interconexões de ideias, incluindo a emergência de lideranças indígenas e a atuação organizada dos povos e comunidades indígenas para influir nos debates sobre as ações de saúde e na criação da nova política de saúde indígena em todos os níveis da federação, do local ao nacional. Ao se debruçarem sobre o papel ao mesmo tempo ativo e reflexivo que tem marcado a atuação dos atores indígenas nas relações com o Estado, os autores

desta coletânea contribuem para o entendimento, em uma escala mais ampla, das relações entre povos indígenas e políticas públicas no Brasil, tomando a questão da saúde como foco de análise. Não obstante, entendemos que este conjunto de reflexões deve ser tomado como um ponto de partida, mesmo como um "mapeamento de terreno", com temas relacionados à trajetória das relações entre povos indígenas, Estado e políticas públicas em saúde que devem e precisam ser aprofundados (Pontes & Santos 2020).

Agradecemos ao editor executivo da Editora Fiocruz, João Carlos Canossa Mendes, e aos editores científicos Carlos Machado de Freitas e Gilberto Hochman, por todo o apoio durante a produção deste livro, e também a Phelipe Gasiglia pela produção editorial e a Irene Ernest Dias pela primorosa revisão dos textos. Os comentários enviados pelos dois pareceristas anônimos foram de grande valia na preparação da versão final dos capítulos. Agradecemos também a Antonio Carlos Souza Lima, professor do Departamento de Antropologia do Museu Nacional, por seus comentários acerca de uma versão preliminar do conjunto de capítulos, incluindo esta apresentação. Somos gratos a Carla Alves e Hélio Sá, da secretaria executiva do Projeto Wellcome, pelo apoio ao longo da pesquisa que resultou neste volume. Nossos mais profundos agradecimentos a todos aqueles que se disponibilizaram a conceder entrevistas ao projeto (ver Apêndice), assim como às instituições que permitiram acesso aos seus acervos, conforme indicado nos capítulos.

Post-scriptum

O fechamento dos textos desta publicação aconteceu no final de 2020 e início de 2021, se sobrepondo, portanto, à excruciante marcha da crise sanitária decorrente da Covid-19 enfrentada pelo país e pelo mundo. Diante disso, vimos como imprescindível fazer menção, mesmo que breve, ao contexto atual.

Os dois primeiros anos do governo Bolsonaro, 2019 e 2020, assim como as manifestações durante a campanha para eleição presidencial em 2018, não deixaram dúvidas, mesmo para os mais céticos, quanto às suas posturas franca e explicitamente anti-indígenas. Se o cenário já vinha se agravando em anos anteriores, o atual governo e seus aliados têm atuado diretamente para reverter as políticas públicas voltadas aos povos indígenas, incluindo aquelas relacionadas à saúde (Bolsonaro..., 2019; Carneiro da Cunha & Barbosa, 2018; Carneiro da Cunha *et al.*, 2017; Guajajara, 2019).

De forma particularmente proeminente, e passadas duas décadas de implantação do SasiSUS, a pandemia tornou ainda mais evidentes as deficiências que permanecem na atenção à saúde indígena e a sua frágil articulação com os demais níveis de complexidade da rede SUS. Nesse cenário, e apesar da grave e

urgente situação imposta pela Covid-19, as respostas governamentais têm sido lentas, pouco coordenadas e com insuficiente participação indígena na implementação de estratégias efetivas de contenção da doença. Decorridos muitos meses desde o início da pandemia, não há, entre tantas outras ações absolutamente prementes, um plano governamental integrado para enfrentamento da emergência sanitária. Em decorrência, e em sua vulnerabilidade socioambiental, a população indígena tem sido, juntamente com outras minorias étnico-raciais, um dos segmentos da sociedade brasileira mais duramente afetados, o que se reflete inclusive nos níveis de mortalidade (Apib, 2020; Baniwa *et al.*, 2020; Machado *et al.*, 2020; Pontes *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2020).

Mas, tal como em outros momentos históricos com ventos contrários, como expresso em vários dos textos aqui reunidos, é justamente em (mais) um cenário (tão) adverso que têm sobressaído múltiplas e ativas expressões de protagonismo oriundas do movimento social indígena, que tem não somente impulsionado estratégias de enfrentamento à Covid-19 como também cobrado a responsabilidade governamental. Entre os principais atores institucionais, cabe destacar a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) e suas regionais.[11] Em uníssono com a visível amplificação das vozes indígenas nos debates públicos, a pluralidade do protagonismo indígena se expressa através de vertentes não tão evidentes até recentemente – como a atuação das mulheres indígenas, de jovens lideranças com trajetória acadêmica e de coletivos de comunicadores indígenas, que operam nas redes e mídias sociais –, dando novas tonalidades ao ativismo social indígena contemporâneo.

O protagonismo do movimento social indígena tem se expressado em um leque extremamente diversificado de frentes, sendo característica destes novos tempos a atuação direta em instâncias do Legislativo e do Judiciário, inclusive em nível federal. Se, como se verá nos capítulos desta coletânea, os interesses indígenas em períodos pregressos foram canalizados por personalidades como Sergio Arouca, artífice central na criação do SasiSUS na década de 1990, atualmente tem destaque a atuação da deputada federal indígena Joenia Wapichana, de Roraima, que coordena a Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Povos Indígenas (FPMDPI) no Congresso Nacional. No âmbito do Judiciário, o protagonismo indígena encontra destacada expressão na atuação jurídica da Apib no Supremo Tribunal Federal (STF), com o ajuizamento da Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF 709), que denuncia o agravamento da situação da pandemia entre as populações indígenas e cobra a atuação do Estado. Essa ação, que tem como advogado principal Luiz Eloy Terena, é um marco histórico, pois pela primeira vez os indígenas foram reconhecidos com legitimidade para propor ação jurídica nessa instância.[12]

Em recente editorial, evidenciou-se que a pandemia de Covid-19 pode ser tomada como um fato social total, no qual se manifesta e interliga um amplo espectro de dimensões (economia, religião, legislação, moralidade, estética, ciência),

em imbricações altamente complexas. Segundo seus autores, em particular no caso dos povos indígenas, a disseminação e os impactos da pandemia apontam para "as múltiplas dimensões e tensões provocadas pela atuação do Estado na implementação de políticas públicas dirigidas a minorias étnico-raciais no Brasil. Ficam evidentes não somente os impactos, como também as modalidades de resistência e enfrentamento do movimento etnopolítico indígena" (Santos *et al.*, 2020: 1). Se muito do esforço envolvido na pesquisa que resultou neste volume esteve voltado para dar visibilidade ao protagonismo dos indígenas na trajetória de concepção do SasiSUS, a situação com a qual nos defrontamos na atualidade transborda de exemplos da centralidade da atuação indígena sobre os rumos e o desejado aprimoramento (ou, ao menos, a minimização dos retrocessos) das políticas públicas em saúde.

Ao escolher um chocalho (também conhecido como maracá) e seus detalhes para compor a capa deste livro, remetemo-nos, por um lado, à inestimável perda do acervo de cultura material dos povos indígenas no Brasil decorrente do incêndio no Museu Nacional em 2018, que, como amplamente divulgado e discutido, se relacionou a deficiências das políticas públicas de preservação do patrimônio nacional. Por outro lado, os maracás se tornaram símbolos da etnopolítica indígena contemporânea no Brasil. Em 2020, a Apib criou uma "rede de apoios para ajudar o movimento indígena no combate dos efeitos da pandemia do novo coronavírus" denominada "Maracá – Emergência Indígena" (ver https://emergenciaindigena.apiboficial.org/maraca/, acessado em 17 set. 2021)

Abrimos esta apresentação com a transcrição de uma manifestação de Zezinho Kaxarari, liderança indígena que teve destacado papel na emergência da atual política pública em saúde direcionada aos povos indígenas. Da mesma forma, fecharemos este *post-scriptum* fazendo referência à publicação *Nossa Luta É Pela Vida: Covid-19 e povos indígenas, o enfrentamento das violências durante a pandemia*, iniciativa da Apib. Nela, se realça a magnitude dos desafios que persistem na implantação de um modelo de atenção à saúde que ainda está por se cumprir: "um esforço coletivo que marca historicamente a participação dos povos indígenas, como protagonistas, na luta por um subsistema de saúde diferenciado, um direito assegurado pela Constituição Brasileira" (Apib, 2019: 8). Deixamos como palavras finais uma passagem de *Nossa Luta É Pela Vida* que não poderia ser mais eloquente:

> Da dor do genocídio e da perseguição que estamos sofrendo, sobrevivemos junto ao chão da nossa terra, que é o nosso sangue e existe em cada parte deste território brasileiro. Não desistiremos de recriar nossos mundos devastados nem de dar continuidade às nossas existências. Não desistiremos de viver! (Apib, 2019: 7)

Os organizadores

Notas

[1] Em uma escala temporalmente ampliada, o tema da atenção à saúde dos povos indígenas por parte de agentes governamentais tem sido relativamente pouco investigado no Brasil como foco analítico específico. Obras de referência que tratam da política indigenista ao longo do século XX se referem a esta temática no bojo de ações governamentais mais amplas (Carneiro da Cunha, 1992; Oliveira, 2016; Ramos, 1998; Souza Lima, 1995). Mais recentemente, têm sido publicados estudos e volumes mais diretamente relacionados à sócio-história das iniciativas e ações no campo da saúde indígena, os quais focalizam, entre outros, desde as matrizes ideológicas que influenciam e permeiam as ações (como o conceito de tutela) até as trajetórias das práticas de saúde em contextos locais ou regionais particulares (Beltrão, 2019; Teixeira & Garnelo, 2015, Langdon & Cardoso, 2015, entre outros).

[2] Acerca desse contexto, cabe indicar as recentes análises que têm sido produzidas a partir do chamado "Relatório Figueiredo", importante conjunto documental acerca das violações dos direitos dos povos indígenas produzido no final dos anos 1960 que, tendo ficado por muitos anos sem localização conhecida, foi encontrado em 2012 na biblioteca do Museu do Índio, no Rio de Janeiro. Segundo Beltrão (2019: 62) em recente texto sobre a questão da saúde no "Relatório Figueiredo", trata-se de "um conjunto documental, constituído por trinta volumes, que é, talvez, o registro mais importante para pensar a relação do Estado brasileiro com os povos indígenas, especialmente, quando se toma etnicidade como política, a qual permite ver o genocídio, inscrito nas amareladas folhas do processo, apontando a opção do Estado brasileiro".

[3] Um evento que contribuiu sobremaneira para ampliar a articulação e atuação desses atores foi a resistência ao chamado Decreto da Emancipação proposto pelo ministro do Interior Maurício Rangel Reis, em 1978, que visava à regulamentação da "emancipação civil do índio e/ou da comunidade" e à consequente "doação de terras das reservas" a estes. As várias iniciativas contrárias a esse decreto contribuíram para a consolidação de um movimento indigenista mais amplo no país (Bicalho, 2019; Carneiro da Cunha, 2018).

[4] Segundo o Censo Demográfico 2010, a população indígena no Brasil é constituída de aproximadamente 900 mil pessoas, o que representa 0,4% da população nacional, compondo uma notável sociodiversidade, com mais de 300 diferentes povos e 274 línguas (IBGE, 2012). Consistentemente, as pesquisas têm apontado para indicadores sociodemográficos e epidemiológicos desfavoráveis para esses povos (Coimbra Jr. *et al.*, 2013; Campos *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2019a).

[5] Em escala global, os povos indígenas têm, historicamente, experimentado dinâmicas de marginalização, exclusão e discriminação nos contextos das respectivas sociedades nacionais nas quais estão inseridos (Gracey & King, 2009; Horton, 2006). Ao longo das últimas décadas, percebe-se um crescimento das reflexões sobre as situações de vulnerabilidade dos povos indígenas e como estas se desdobram em iniquidades em saúde nas mais diversas partes do mundo (Anderson *et al.*, 2016; Montenegro & Stephens, 2006). Desse modo, a ampliação dos debates sobre o tema da saúde indígena no Brasil desde a década de 1990, o que inclui a implantação de uma política pública específica, faz parte de uma dinâmica que remete a contextos internacionais mais amplos (Ferdinand *et al.*, 2020; Langdon & Cardoso, 2015).

6 Trata-se de projeto de investigação coordenado por Ricardo Ventura Santos e financiado pela Wellcome Trust/UK (projeto n. 203486/Z/16/Z), referido ao longo deste livro como Projeto Wellcome.

7 Preferencialmente, as entrevistas foram presenciais, ainda que excepcionalmente por comunicação on-line, com a participação de um ou mais pesquisadores. Em sua maioria, as entrevistas tiveram duração de 90 a 150 minutos e suas gravações foram transcritas. A pesquisa foi apresentada e aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE 61230416.6.0000.5240) e os entrevistados concordaram em participar mediante assinatura de termos de consentimento. Os entrevistados também assinaram termos concordando com a disponibilização dos gravações e transcrições da entrevista, com a devida identificação, em acervo público na Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). Com a autorização para publicização de suas entrevistas, os organizadores desta coletânea puderam nomeá-los.

8 Para tanto, foram consultados pesquisadores de diversas instituições que, nos anos 1980 e no início da década de 1990, a documentação consultada indicou que estiveram envolvidos em questões do campo da saúde dos povos indígenas. Essas instituições incluíram a Universidade Federal de Santa Catarina, a Universidade Federal de São Paulo, a Universidade Federal de Pernambuco e a Fundação Oswaldo Cruz, entre outras. Nessa rede de instituições, cabe destacar as informações coletadas em conversas com profissionais ligados à Fiocruz, uma das instituições mais intensamente envolvidas com o movimento da Reforma Sanitária e com projetos de saúde dirigidos aos povos indígenas, o que se relaciona à atuação de alguns atores, como foi o caso do sanitarista, sociólogo e político Sergio Arouca, pesquisador da instituição que presidiu entre 1985 e 1989 (Escorel, 2015).

9 O material coligido até o momento pela pesquisa é constituído por doações de acervos pessoais dos entrevistados e por cópias de documentos obtidos em acervos de instituições indigenistas governamentais e não governamentais, entre as quais o Conselho Indigenista Missionário (arquivos localizados em Brasília, DF), a Associação Brasileira de Antropologia (arquivos em Campinas, SP) e o Centro de Documentação Indígena (em Boa Vista, RR). Nesse amplo acervo documental, que até o momento conta com cerca de três mil itens, foram resgatados documentos inéditos como o discurso de Sergio Arouca na 1ª Conferência de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, e planos de criação de distritos sanitários indígenas que não chegaram a ser efetivados, como o Distrito São Paulo e o Distrito Rio de Janeiro, de 1992. O desenvolvimento das pesquisas rapidamente levou a dados e materiais inéditos e amplos sobre história da saúde indígena no Brasil, de modo que a coleta do material adquiriu outra conotação, qual seja, o reconhecimento da importância de se organizar um acervo da memória histórica da saúde indígena no Brasil. Procuramos, então, entrevistar um amplo conjunto de envolvidos, o que gerou grande volume de material empírico, cuja sistematização e análise se tornou um componente por si do esforço de pesquisa, em andamento viabilizado por uma parceria com a Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), onde será depositado tanto o acervo de história oral quanto o documental.

10 A partir do abrangente trabalho de campo, foram selecionados eventos, atores e debates que poderiam ser analisados em profundidade pela equipe de pesquisa. Essa elaboração foi feita de maneira coletiva a partir de oficinas que reuniram os pesquisadores e alguns colaboradores. A primeira atividade foi realizada em junho de 2018, quando se delineou uma estrutura inicial para este volume como estratégia de avaliação dos resultados da pesquisa. A partir

desse momento, houve encontros regulares entre grupos de pesquisadores, para definição das abordagens e dos textos. O grupo realizou oficinas de produção textual entre 2018 e 2019, e em agosto de 2019 houve a revisão coletiva de versões do conjunto dos textos que incorporam este livro. Esse trabalho coletivo dos textos foi fundamental para a articulação e complementação das abordagens, que procuramos mostrar nos textos estabelecendo diálogos entre os capítulos. Ao mesmo tempo, optamos por manter a diversidade de abordagens nas análises e na redação dos textos, de modo que cada capítulo também expressa o perfil e a trajetória de cada autor.

11 As regionais incluem: Apoinme – Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo; Arpin Sul – Articulação dos Povos Indígenas do Sul; Coiab – Coordenação de Organizações Indígenas na Amazônia Brasileira; CGY – Comissão Guaraní Yvyrupá e Conselho do Povo Terena.

12 Ver <https://apiboficial.org/2020/08/01/adpf-709-no-supremo-povos-indigenas-e-o-direito-de-existir/>. Acesso em: 9 fev. 2021.

Referências

ANDERSON, I. *et al.* Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, 388: 131-157, 2016.

ARAÚJO, A. V. (Org.). *Povos Indígenas e a Lei dos "Brancos": o direito à diferença*. Brasília: Ministério da Educação, 2006.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). *Nossa Luta É Pela Vida: Covid-19 e povos indígenas, o enfrentamento das violências durante a pandemia*. Brasília: Apib, 2020.

ATHIAS, R. & MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 425-431, 2001.

BANIWA, B. *et al.* Apresentação. *Vukapanavo: Revista Terena*, 3: 7-11, 2020. Fascículo especial Pandemia da Covid-19 na Vida dos Povos Indígenas.

BARTOLOMÉ, M. A. *Processos Interculturais: antropologia política do pluralismo cultural na América Latina*. Recife: Editora UFPE, 2017.

BELTRÃO, J. Povos indígenas, saúde e ditadura. *Tellus*, 39: 61-69, 2019.

BERNSTEIN, A. Personal and political histories in the designing of health reform policy in Bolivia. *Social Science & Medicine*, 177: 231-238, 2017.

BICALHO, P. *Protagonismo Indígena no Brasil: movimento, cidadania e direitos (1970-2009)*, 2010. Tese de Doutorado, Brasília: Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília.

BICALHO, P. Resistir era preciso: o decreto de emancipação de 1978, os povos indígenas e a sociedade civil no Brasil. *Topoi*, 20(40): 136-156, 2019.

BOLSONARO threatens survival of Brazil's Indigenous population. *The Lancet*, 394: 444, 2019.

BONFIL BATALLA, G. La Declaración de Barbados II y comentarios. *Revista Nueva Antropología*, 2(7): 109-125, 1977.

CAMPOS, M. B. *et al.* Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(5): 1-6, 2017.

CARNEIRO DA CUNHA, M. C. (Org.). *História dos Índios no Brasil*. São Paulo: Cia das Letras, 1992.

CARNEIRO DA CUNHA, M. C. Índios na Constituição. *Novos Estudos Cebrap*, 37(3): 429-443, 2018.

CARNEIRO DA CUNHA, M. C. & BARBOSA, S. (Orgs.). *Direitos dos Povos Indígenas em Disputa*. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

CARNEIRO DA CUNHA, M. C. *et al.* Indigenous peoples boxed in by Brazil's political crisis. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 7(2): 403-426, 2017.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M. & ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Polo-Base de Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2): 295-305, 2006.

COELHO, V. & SHANKLAND, A. Making the right to health for Brazil's Indigenous peoples: innovation, decentralization and equity. *Medicc Review*, 13(3): 50-53, 2011.

COIMBRA JR., C. E. A. *et al.* The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, 13: 52, 2013.

DAVIS, S. *Vítimas do Milagre: o desenvolvimento e os índios do Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DIEHL, E. E. & LANGDON, E. J. Indigenous participation in primary care services in Brazil: autonomy or bureaucratization? *Regions & Cohesion*, 8(1): 54-76, 2018.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. & DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (5): 819-831, 2012.

ESCOREL, S. Sergio Arouca: democracia e Reforma Sanitária. *In*: HOCHMAN, G. & LIMA, N. T. (Orgs.). *Médicos Intérpretes do Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2015.

FERDINAND, A. *et al.* Indigenous engagement in health: lessons from Brazil, Chile, Australia and New Zealand. *International Journal for Equity in Health*, 19(1): 47, 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, Funasa, 2002.

GARNELO, L. Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia. *In*: SCHERER, E. & OLIVEIRA J. A. (Orgs.). *Amazônia: políticas públicas e diversidade cultural*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. *In*: GARNELO, L. & PONTES, A. L. (Orgs.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema.* Brasília: MEC-Secad, Unesco, 2012.

GARNELO, L. & SAMPAIO, S. Bases socioculturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 311-317, 2003.

GRACEY, M. & KING, M. Indigenous health. Part 1: Determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374: 65-75, 2009.

GUAJAJARA, S. Bolsonaro mal nos conhece. *O Globo*, Rio de Janeiro, 12 out. 2019. Opinião.

HORTON, R. Indigenous peoples: time to act now for equity and health. *The Lancet*, 367: 1.705-1.707, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas – resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

LANGDON, E. J. & CARDOSO, M. D. (Orgs.). *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora UFSC, 2015.

LANGDON, E. J. & DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, 16(2): 19-36, 2007.

LANGDON, E. J. *et al.* A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12): 2.637-2.646, 2006.

MACHADO, C. F. *et al.* O Brasil seis meses após a declaração da Covid-19 como pandemia global. *In*: BUSS, P. M. & FONSECA, L. E. (Orgs.). *Diplomacia da Saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

MONTENEGRO, R. & STEPHENS, C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 367: 1.859-1.869, 2006.

OLIVEIRA, J. P. (Org.). *Indigenismo e Territorialização: poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.

OLIVEIRA, J. P. *O Nascimento do Brasil e Outros Ensaios: "pacificação", regime tutelar e formação de alteridades*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.

OSSAMI, M. C. *O Papel das Assembleias de Líderes na Organização dos Povos Indígenas do Brasil*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 1993. (Série Antropológica)

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*, 377: 1.778-1.797, 2011.

PONTES, A. L. M. & GARNELO, L. La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil. *Salud Pública de México*, 56(4): 389-392, 2014.

PONTES, A. L. M. & SANTOS, R. V. Health reform and indigenous health policy in Brazil: contexts, actors and discourses. *Health Policy and Planning*, 35: i107-i114, 2020.

PONTES, A. L. M. *et al*. Pandemia de Covid-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. *In*: MATTA, G. C. *et al.* (Orgs.). *Os Impactos Sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. (Informação para Ação na Covid-19)

RAMOS, A. R. *Indigenism: ethnic politics in Brazil*. Madison: University of Wisconsin Press, 1988.

RAMOS, A. R. *O Papel Político das Epidemias: o caso Yanomami*. Brasília: Editora UnB, 1993. (Série Antropologia). Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub365.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

REZENDE, M. & BAPTISTA, T. W. F. A análise da política proposta por Ball. *In*: MATTOS, R. A. & BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

RICARDO, C. A. (Org.). *Povos Indígenas no Brasil: 1991-1995*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1996.

RICARDO, C. A. (Org.). *Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000.

SANTILLI, J. (Org.). *Os Direitos Indígenas e a Constituição*. Porto Alegre: Sérgio Fabris Editor, Núcleo de Direitos Indígenas, 1993.

SANTOS, R. V. *et al.* The identification of Indigenous population in Brazil's official statistics, with an emphasis on demographic censuses. *Statistical Journal of the International Association for Official Statistics*, 35: 29-46, 2019a.

SANTOS, R. V. *et al.* (Orgs.). *Entre Demografia e Antropologia: povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019b. (Saúde dos Povos Indígenas)

SANTOS, R. V. *et al.* Um "fato social total": Covid-19 e povos indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10): e00268220, 2020.

SANTOS, S. C. *Povos Indígenas e a Constituinte*. Florianópolis: EdUFSC, Movimento, 1989.

SHORE, C. & WRIGHT, S. Conceptualizing policy: technologies of governance and the politics of visibility. *In*: SHORE, C. & WRIGHT, S. (Eds.). *Policy Worlds: anthropology and the analysis of contemporary power*. Oxford: Berghahn Books, 2011.

SILVA, C. T.; SOUZA LIMA, A. C. & BAINES, S. G. (Orgs.). *Políticas Indigenistas, Sociais e de Desenvolvimento em Perspectiva Comparada*. São Paulo, Distrito Federal: Annablume, FAP-DF, 2009.

SOUZA LIMA, A. C. *Um Grande Cerco de Paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1995.

SOUZA LIMA, A. C. S. Sobre tutela e participação: povos indígenas e formas de governo no Brasil, século XX/XXI. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, 21: 425-457, 2015.

TEIXEIRA, C. C. Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. *Etnográfica*, 12(2): 323-351, 2008.

TEIXEIRA, C. C. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil? *Amazônica: Revista de Antropologia*, 9: 716-733, 2017.

TEIXEIRA, C. C. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. (Saúde dos Povos Indígenas)

TEIXEIRA, C. C. & SILVA, C. D. The construction of citizenship and the field of indigenous health: a critical analysis of the relationship between bio-power and bio-identity. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, 12(1): 351-384, 2015.

TEIXEIRA, C. C.; SIMAS, D. H. & AGUILAR, N. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 7: 97-115, 2013.

VALENTE, R. *Os Fuzis e as Flechas: a história de sangue e resistência indígenas na ditadura*. São Paulo: Companhia de Letras, 2017.

VERANI, C. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, 15(2): 171-192, 1999. (Série Antropologia)

VERDUM, R. *Desenvolvimento, Utopias e Indigenismo Latino-Americano: um estudo sobre indigenismo e cooperação internacional*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *O Campo da Saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, Editora UFBA, 2018.

Parte I

Contextos e Atores no Cenário da (In)Visibilidade da Saúde Indígena

O Direito à Terra, o Direito de Ir e Vir: saúde e movimento indígena a partir da década de 1970[1]

Aline Moreira Magalhães

Em 1988, a revista *Saúde em Debate*, periódico do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), publicou um número especial dedicado à saúde indígena, no qual encontra-se um artigo assinado pela União das Nações Indígenas (UNI). Nele se arrolam definições e demandas acerca dos serviços de saúde voltados para as populações indígenas, afirmados como obrigação do Estado brasileiro. À semelhança do texto seguinte, do Conselho Indigenista Missionário (Cimi, 1988), naquele da UNI adota-se uma definição de saúde irredutivelmente atrelada e condicionada ao acesso à terra e à cidadania – saúde significando, desse modo, o acesso e a soberania territorial, o reconhecimento da existência indígena e a garantia de sua representação política perante o Estado-nação. Em ambos os textos se reafirma como dever do Estado brasileiro "assegurar efetivamente os direitos à saúde às populações indígenas através de uma política indigenista explícita, que contemple as especificidades tanto étnicas quanto de localização geográfica" (UNI, 1988). A originalidade da proposta e do teor do artigo da UNI residem na reelaboração ampliada da definição da ideia de saúde, anteriormente associada, segundo documentos de reuniões indígenas (Acervo Cimi), ao formato conceitual forjado e espraiado pelo Estado por intermédio de suas agências governamentais: medicalização, existência de farmácias e disponibilidade de remédios e vacinas.

A UNI/Unind foi a primeira tentativa por parte de indígenas no Brasil de se organizarem em âmbito nacional com o propósito de articular todos os povos indígenas localizados em território nacional em torno de problemas e demandas comuns. À parte as dificuldades quanto às dinâmicas e tentativas de atuações convergentes, algumas de suas lideranças desempenharam a função de reverberar os posicionamentos políticos em âmbitos e fóruns estratégicos, que ecoaram no texto constitucional e em políticas públicas posteriores. Os representantes mais notoriamente públicos da UNI participaram dos debates da Assembleia Nacional Constituinte, iniciada em 1987, além de representarem a entidade e suas posições políticas em eventos no exterior, práticas que, vistas como uma dinâmica centralizadora, não passaram imunes a críticas e questionamentos no interior do movimento

indígena. O texto constitucional contemplou o acúmulo de discussões desse campo, reforçadas pela massiva pressão presencial de aproximadamente quatrocentos indígenas no Congresso Nacional ao longo das votações na Constituinte (Bicalho, 2010).

O texto assinado pela UNI e publicado na revista *Saúde em Debate* é fruto do diálogo entre setores indígenas e pró-indígenas que elaboraram e demarcaram determinado posicionamento naquele contexto político e social. No escopo desse texto, "movimento indígena" compreende o surgimento da União das Nações Indígenas (UNI), assim como o discurso coletivo construído na formação de uma organização de âmbito nacional que tinha o propósito de articular demandas e estratégias de reivindicação dos povos indígenas do Brasil e se colocar como mediadora das relações entre povos indígenas e Estado; e compreende, sobretudo, determinado conteúdo político gestado pelo assembleísmo indígena a partir da década de 1970, apoiado pelo Cimi e logo tomado e apropriado pelos indígenas (Matos, 1997),[2] no decorrer das décadas de 1970 e 1980.

Tais discussões proporcionaram a formulação de subsídios que foram sistematizados e divulgados por algumas lideranças a propósito de eventos estratégicos. Esse é o argumento desenvolvido neste texto, em que abordo a emergência e a afirmação de um conceito idiossincrático de saúde pelo movimento indígena brasileiro desde a década de 1970 e ao longo da década de 1980, que se apropriou estrategicamente do conceito tutelar – materializado a partir de uma forma de assistência médica – e afirmou outro, de cunho abrangente, a partir de outros enquadramentos. A apresentação de um conceito de saúde, ao invés de suplantar mecanicamente outro, representou a demarcação de determinada posição pelo movimento indígena, vislumbrada como possibilidade e, posteriormente, tornada objeto de disputas e debates no campo da saúde indígena.

Começo por uma breve síntese acerca de práticas e modalidades operativas que caracterizaram historicamente os serviços de saúde proporcionados às populações indígenas. Passo, em seguida, a uma digressão acerca das mobilizações políticas dos indígenas durante as décadas de 1970 e 1980, indicando algumas interpretações realizadas acerca desse período e recuperando um enfoque teórico convergente para os dados e argumentos traçados ao longo deste texto. Procuro assinalar que os conteúdos políticos construídos durante as assembleias e encontros indígenas, articulados à dimensão dos conflitos, desigualdades e segmentações sociais estruturais do país, conformam vias metodológicas centrais para a análise acerca do desenrolar das mobilizações indígenas no Brasil. Por fim, apresento o conceito de saúde defendido pela União das Nações Indígenas em 1988, mostrando sua conexão com outros temas centrais nas discussões realizadas pelos indígenas, e seu lugar político-simbólico na construção da política pública de saúde no Brasil.

A medicina de resgate dos órgãos tutelares

Envolta em um simulacro integracionista de verniz humanitário, a organização dos postos sob administração do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e posteriormente da Fundação Nacional do Índio (Funai) cumpria expedientes e dispositivos que visavam à domesticação e canalização da força de trabalho indígena (Pacheco de Oliveira, 1979; Souza Lima, 1995). As doenças transmissíveis, obstáculos ao andamento regular do trabalho, passaram a representar uma preocupação constante dos encarregados dos postos (Enrique de Oliveira, 2011). Se a política de saúde autoritária característica do sanitarismo da primeira metade do século XX (Carvalho, 1987; Hochman, 2013) – a qual embasava de modo geral as ações de saúde no Brasil – tinha uma atuação mais sistemática e estruturada voltada para os setores periféricos urbanos, no caso dos postos indígenas era modulada pelas categorias "menores" e "incapazes" em que os indígenas estavam enquadrados (lei 3.071 de 1916), além de se constituir como a sobra precária do que era oferecido nos centros urbanos, em termos de recursos e sistematicidade da atuação médica (Brunelli, 1989). Portanto, alguns aspectos transversais à assistência de saúde voltada para as populações indígenas – detidamente explorados por alguns autores (Costa, 1987; Brunelli, 1989; Santos *et al.*, 2008; Dias da Silva, 2010; Enrique de Oliveira, 2011; Garnelo, 2014; Arouca & Lima, 2014; Hochman & Silva, 2014) – são *gerais*, porque inscritos em uma política sanitária nacional, e, concomitantemente, *específicos*, por terem modulado alguns de seus vieses e efeitos em virtude do status jurídico e do lugar moral e político reservado aos indígenas naquele contexto histórico.

Um desses aspectos centrais consistiu na *assistência de saúde itinerante e cirúrgica*, as visitas. Na esteira da prática expedicionária do Estado brasileiro entre as populações indígenas, esse tipo de atuação se iniciou no SPI e veio paulatinamente a se cristalizar como opção política a propósito da implementação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa) e das equipes volantes de saúde (EVS), estas últimas já sob administração da Funai. Não obstante o viés programático que passou a ter, sobretudo a partir das EVS, os atendimentos eram frequentemente realizados em caráter de urgência, a postos acometidos por epidemias, às regiões que pediam auxílio ou em campanhas de vacinação (Costa, 1987; Brunelli, 1989: 291; Santos *et al.*, 2008; Garnelo, 2014; Arouca & Lima, 2014).

A solução indicada, conforme discursos provenientes dos encarregados dos postos, de relatórios de inspeção e da imprensa, passava impreterivelmente – quando não exclusivamente – pela *existência de medicamentos* (Brunelli, 1989; Diehl, 2001; Santos *et al.*, 2008). A demanda reiterada e frequentemente em tom emergencial por medicamentos não apenas refletia uma percepção curativa específica própria à prática médica de determinado período histórico sobre o complexo saúde-doença, ou ao *modus operandi* da prática médica indigenista em si. Além

desses aspectos, esse discurso construiu em um campo social específico – atravessado pelas relações interétnicas, pelo indigenismo e pela tutela estatal – o mote político de que a reivindicação por remédios constituía, entre todas as demais, uma demanda inequívoca e inelutavelmente justa, circunscrevendo a razão de ser da atuação médica, ou seja, no limite, a capacidade de curar, a prescrição de medicamentos e a vacinação.

A transitoriedade dos atendimentos associada à centralidade atribuída aos medicamentos e vacinas reverberou nas discussões realizadas das primeiras assembleias indígenas. Assim, nos relatórios e atas de reuniões, assembleias e demais atividades indígenas ao longo da década de 1970 até as primeiras atividades da UNI, a palavra "saúde" é diretamente associada a medicamentos, à disponibilidade e à falta deles. Por exemplo, no relatório referente a uma assembleia da UNI em Aquidauana, Mato Grosso do Sul, em 1981, consta uma tabela descritiva de problemas das comunidades indígenas conforme relatados por seus representantes ali presentes, emblemática do esforço em traduzir a miríade de problemas e demandas indígenas para uma linguagem acessível a um campo de interlocutores que se formava no contexto de efervescência política em torno da redemocratização do Estado brasileiro. Os temas abordados pelos condutores da assembleia foram saúde, terra, educação, demarcação de terra, transporte, comunicação e economia. Os quatro primeiros temas preenchiam majoritariamente a tabela. Nos quadrantes correspondentes à saúde, nos quais constam os relatos dos representantes traduzidos em demandas, encontravam-se em sua maioria os termos "medicamentos" e "assistência médica". Relatórios finais de outros encontros igualmente compartimentavam as demandas em "temas", com frequência expressando a mesma associação.

A palavra "saúde", para os indígenas, passou a remeter a um aparato branco de medicalização, à existência de farmácias e à disponibilidade de remédios e vacinas (Entrevista de Ailton Krenak, 2018; Krenak *apud* Vieira, 2019). Alguns episódios emblemáticos dessa associação são relatados por István Varga (Entrevista, 2018), médico e antropólogo que começou a trabalhar em área indígena na década de 1980, no âmbito de um convênio estabelecido entre a Funai e a Escola Paulista de Medicina. Varga qualifica as visitas erráticas das EVS como momentos de distribuição de medicamentos, mencionando a reivindicação enfática, por parte de indígenas formados em "filas enormes", direcionada aos trabalhadores da saúde, de "remédio para ficar forte", numa apropriação da imunização prometida pelos indigenistas como estratégia de convencimento para a vacinação e utilização de medicamentos, uma vez que a resistência por parte dos indígenas era frequente (Enrique de Oliveira, 2011).

“Movimento indígena”, “índios em movimento”

Ailton Krenak, destacada liderança indígena durante a Assembleia Nacional Constituinte (1988) e ativo participante de assembleias e encontros indígenas na década de 1980, costuma reverberar, em entrevistas e textos (Krenak, 2015; Vieira, 2019), a avaliação de Daniel Munduruku de que nesse período não havia “movimento indígena”, mas “índios em movimento”.[3] A opção por essa expressão, em oposição à primeira, aponta para um caráter fragmentário, esparso e pouco articulado da organização política indígena até 1988, além de expressar uma perspectiva que enfatiza a ação social estratégica de atores específicos que desaguaria na mobilização e pressão de indígenas sobre o Estado naquele contexto histórico. Em contrapartida, o campo das ciências sociais dedicado a essa temática optou por manter, ainda que endossado retroativamente pela ênfase empírica e teórica aos chamados “novos movimentos sociais” (Laclau, 1986; Scherer-Warren & Krischke, 1987; Touraine, 1989; Melucci, 2001; Scherer-Warren, 2005; Gohn, 2006; Honneth, 2009) que ganhou força a partir dos anos 1990,[4] o termo “movimento indígena” ou “movimento pan-indígena” (Matos, 1997; Deparis, 2007; Bicalho, 2010; Belleau, 2014; Barbosa & Fagundes, 2018) como potencialmente explicativo do que ocorre não apenas contemporaneamente como também naquele período, com distintos matizes. A utilização da expressão “movimento indígena” nessa literatura era endossada ainda pela própria autodesignação, pelos indígenas, a respeito de sua organização política, coetaneamente a essa produção.

Trata-se, com efeito, de duas designações plausíveis para caracterizar as movimentações em torno da formação e das atividades da UNI. Na leitura de Daniel Munduruku e Ailton Krenak, o caráter experimental das ações indígenas, guiadas pelas incertezas quanto aos seus rumos e fins, dependeu da iniciativa de alguns indígenas que se revezavam entre mobilizar comunidades, intervir em instâncias do Estado e confrontar/interpelar diretamente representantes governamentais, assim como dependeu de seus respectivos engajamentos em setores políticos e pautas específicas – naquele momento agregadas em torno da democratização do Estado brasileiro. A articulação indígena, no entanto, é percebida como exígua nessa interpretação: o que ocorria, segundo se depreende da análise de Daniel Munduruku e Ailton Krenak, era algo ainda amorfo e estreitamente vinculado à capacidade de estopim de algumas lideranças tradicionais e de uma geração mais jovem de estudantes indígenas. As interpretações sobre esse período no âmbito de uma análise socioantropológica priorizam, por sua vez, a promulgação de normativas nacionais e internacionais relacionadas aos povos indígenas e, sobretudo, a conformação de algumas redes de articulação e suporte político que teriam pavimentado caminhos para a manifestação e articulação dos povos indígenas regional e nacionalmente.

Particularmente duas tendências indigenistas acompanharam de modo mais orgânico a mobilização etnopolítica no Brasil nesse período, as quais recuperarei tomando como fio condutor o processo de formação da UNI.

São identificados como momentos fundadores da UNI o Seminário de Estudos Indígenas de Mato Grosso do Sul, em abril de 1980, e um evento posterior, em São Paulo, em abril de 1981. O primeiro foi organizado pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, pela Funai e pelo governo do estado, e contou, em sua articulação e convocação, com o papel central de Darcy Ribeiro, que participou do evento (Deparis, 2007). Participaram desse seminário indígenas de 15 etnias, em sua maioria do Centro-Oeste e do Sul. As discussões nortearam denúncias a respeito das condições de abandono a que estavam submetidas as comunidades. Nas falas dos indígenas, as políticas de apoio e proteção limitavam-se à imposição de propostas desarticuladas das necessidades e dificuldades enfrentadas pelas comunidades. O andamento da demarcação das terras mostrava-se extremamente lento e eram parcos os investimentos voltados para as áreas da saúde, educação, melhorias nas estradas, o que era agravado pelo desvio de recursos em administrações governamentais (Deparis, 2007). Marçal de Souza, indígena Guarani coordenador da UNI assassinado em 1983, três anos após a fundação da organização, apontava durante esse seminário as dificuldades de interlocução entre as populações indígenas e setores governamentais, convocando a uma organização indígena contundente:

> Condenem esse simpósio quem quiser, mas nós queremos reunir todo o povo indígena do Brasil, porque nós temos o direito, nós somos um povo, somos uma nação. Fomos forte no passado, porque então não levarmos nós mesmos o nosso problema, a quem é de direito, a quem é responsável por nós? É o encarregado quem vai falar por nós, o encarregado administrativo vai mexer com a papelada, com a manipulação da administração, mas não entenderá o índio em pessoa física do índio, nunca ele jamais entenderá o problema, a ferida, a doença. (Marçal de Souza, 1980 apud Deparis, 2007: 86)[5]

O segundo evento foi organizado e sediado pela Comissão Pró-Índio de São Paulo (CPI-SP), entidade que agregava antropólogos/as, médicos/as, jornalistas, entre outros. Estavam presentes 32 nações indígenas, designação utilizada no documento do encontro, endossando a categoria reivindicada pelos indígenas, e trinta entidades de apoio.[6] Nos debates se reafirmaram as posições tomadas no seminário anterior e tentou-se alinhavar o que seria uma unificação indígena nacional. Foi também a ocasião em que um presidente e uma diretoria foram eleitos. O grupo mais ativamente partícipe do seminário de Mato Grosso do Sul convocou, então, outra assembleia – ainda referida como UNI ou Unind, porém implicitamente mencionada como uma tentativa de unificação – que anulou a validade da eleição ocorrida na reunião de São Paulo e elegeu outro presidente. A disputa refletia as divergências

entre um grupo organizado em torno das posições políticas representadas por um Terena vinculado organicamente ao Exército brasileiro, no caso de Mato Grosso do Sul, e seu sobrinho, um representante do setor mais jovem do movimento indígena vinculado às mobilizações de estudantes de Brasília em torno de uma assistência aos indígenas prometidas e não cumpridas pelo Estado, bem como os conflitos com a Funai daí decorrentes (Matos, 1997; CPI-SP, 1982; Relatório 1ª Assembleia da UNI, Acervo Cimi; Deparis, 2007). A distinção das siglas não era, portanto, aleatória. A Unind (Brasília) evitava o paralelismo fonêmico com a UNE (União Nacional dos Estudantes), por participar de um mesmo contexto de mobilização e posicionamentos políticos correlatos a respeito do governo militar, enquanto a UNI constituída no evento em Mato Grosso do Sul passava ao largo dessas inserções políticas (Matos, 1997). As divergências entre ambos os grupos norteavam, entre outros elementos, a designação "nações indígenas" – o que ficou patente durante a reunião em São Paulo e transcrito em seu documento final –, termo reivindicado pelos estudantes indígenas e rechaçado por alguns indígenas em virtude tanto dos receios quanto aos possíveis enfrentamentos e retaliações do governo brasileiro – que ocorreram de imediato, conforme previsto pelos indígenas – quanto da adesão político-afetiva de setores indígenas à nacionalidade brasileira. O dilema se arrastou durante todo o período de duração da entidade, que precisou formular respostas diante da ameaça de "emancipação" pelo governo brasileiro, a qual, se em 1975 ainda constituía um anúncio fugaz, a partir da organização indígena em torno da menção crescente ao termo "nações" se materializa na tramitação de decreto. Apesar das divergências internas, as lideranças e coordenadores da UNI continuaram realizando e/ou participando de encontros e assembleias, bem como intervindo em diferentes instâncias governamentais nacionais e internacionais, o que será retomado adiante.

Essa atuação e intervenção indigenista, proeminentemente liderada por antropólogos/as, portanto embasada pelo conhecimento antropológico (Souza Lima & Barroso-Hoffmann, 2002), presente nos dois encontros era caudatária de alguns decretos e documentos frutos de articulações internacionais,[7] entre os quais a Declaração de Barbados (1971), como é conhecido o documento intitulado "Pela libertação do indígena", constitui um importante marco. No texto, documento final de um simpósio sobre fricção étnica na América do Sul, elaborado e assinado por Darcy Ribeiro entre outros antropólogos/as, estes se contrapõem a teses e políticas vigentes de cunho assimilacionista relativas às populações indígenas; defendem que a libertação de tais populações "é realizada por elas mesmas ou não é libertação", colocando-as como "protagonistas de seu próprio destino e de sua própria luta"; e, por último, atribuem ao Estado, responsável por suas mazelas, o dever reparatório de garantir sua integridade física, cultural e coletiva. O avanço da autonomia e autodeterminação dos povos indígenas é, portanto, condicionalmente inscrito, nesse documento, dentro das possibilidades e, por conseguinte, dos limites e enquadramentos do Estado-nação.

A partir da linha política sugerida pelo manifesto, bem como de sua reverberação internacional no campo das ciências sociais e no interior da Igreja católica (Arruti, 2006), o esforço nesse momento histórico, sobretudo de antropólogos/as, em torno da consolidação de uma entidade nacional indígena reflete uma tendência de intervenção que se tornaria hegemônica no campo antropológico e indigenista: a ênfase na interlocução com o Estado como estratégia, por meio de âmbitos e brechas legais, para a conquista de direitos, e o respectivo fortalecimento dessa interlocução, seja mediante a valorização das formas de reprodução econômica indígena, seja procurando avançar nos debates em torno das garantias constitucionais de serviços públicos voltados para populações indígenas previstos como de responsabilidade e execução obrigatórias do Estado brasileiro, como saúde e educação. Ainda que esse viés de intervenção tenha adquirido distintas nuances desde então, como por exemplo no investimento teórico em torno do *etnodesenvolvimento* (Cardoso de Oliveira, 2000; Souza Lima & Barroso-Hoffmann, 2002; Verdum, 2002), o enquadramento de intervenção antropológica entre populações indígenas voltava-se majoritariamente para as possibilidades previstas pelos âmbitos legais, ampliadas no contexto de redemocratização e aprovação da Constituição de 1988. No caso especificamente da formação da UNI, apesar da evidente falta de unidade política entre os muitos grupos indígenas do Brasil, as/os antropólogas/os juntaram-se aos ecos, presentes nessas reuniões, do discurso sobre a necessidade de criação de uma estrutura verticalizada, em moldes de inteligibilidade e reconhecimento de representação estatal, como forma de construir mecanismos de intervenção indígena no âmbito do estado de direito. A previsão de capilarizar a atuação da UNI, transformá-la em densamente representativa, a partir dessa estrutura verticalizada, *a posteriori*, não invalida o fato de que se jogou peso e apostou, em primeiro lugar, na representação nacional indígena.

A segunda força política organicamente atuante junto ao movimento indígena brasileiro nesse período foi o Conselho Indigenista Missionário (Cimi), criado em 1972 – durante o III Encontro de Estudos sobre a Pastoral Indigenista, no Instituto Anthropos em Brasília – após a reestruturação eclesiástica iniciada no Concílio Vaticano II e aprofundado no contexto latino-americano durante a Conferência Episcopal de Medellín, ambos realizados na década de 1960 (Rufino, 2006). As avaliações realizadas nesses eventos apontaram para uma crítica à atuação da Igreja e para o reconhecimento das realidades socioculturais e das desigualdades econômicas e sociais do mundo como precondição do trabalho de evangelização. A leitura de alguns setores católicos, sobretudo latino-americanos, partia de uma percepção da desigualdade global entre os povos e da avaliação de que a libertação espiritual estava condicionada à superação das desigualdades econômicas. Era necessário, portanto, contribuir para a salvação dos pobres, excluídos e marginalizados em todos os sentidos. Assim como Deus encarnou na realidade humana por

intermédio de Jesus Cristo, os missionários deveriam, norteados pelo objetivo da evangelização nesse sentido universal e holístico, "encarnar na realidade indígena, encarnando a si próprios na vida e no cotidiano daqueles a quem a Boa-Nova é destinada". Por meio da *encarnação* missionária "persegue-se a metáfora da encarnação do Cristo na Terra – ele que é filho de Deus mas se dispôs a viver entre os homens, compartilhar de seus sofrimentos e sacrificar-se por todos" (Rufino, 2006: 249).[8] As atividades missionárias eram, assim, norteadas pela

> ideia de encarnar entre os índios, de conviver com eles, investigar, descobrir, valorizar e adotar a cultura indígena, assumindo a sua causa e todas as suas consequências políticas, até o ponto de o missionário ser aceito pelos índios como um deles, em uma tentativa de superar, por meio dessas práticas, as formas de etnocentrismo e colonialismo. (Matos, 1997: 80)[9]

A organização das assembleias era norteada por esses objetivos. Então, se por um lado a prática missionária plasmava, nesse período, indígenas e camponeses em pobres e excluídos do mundo como uma categoria inteligível nos marcos do capitalismo colonialista, impossibilitando a abordagem e a modulação de suas diferenças, além de se colocar perante os indígenas como ator político indispensável ao avanço da organização etnopolítica (Matos, 1997), por outro lado o Cimi operou desde o seu início com uma perspectiva global da produção das desigualdades sociais, em meio às quais viviam as populações indígenas. Nesse sentido, a estratégia elencada como prioritária para atingir a libertação em seu sentido amplo passava pelo fortalecimento coletivo dos povos indígenas por meio de encontros e discussões políticas.

É, assim, inquestionável o lugar político que tiveram, no decorrer das mobilizações indígenas a partir da década de 1970, a constituição dessas redes, o diálogo com elas e o apoio que ofereceram, assim como objetivos e estratégias comuns atravessaram os campos indígena e indigenista. No entanto, se foram antropólogos e missionários que "criaram" a organização política dos indígenas ou suas identidades étnicas, ou se, ao contrário, foram as demandas e urgências indígenas que "criaram" a necessidade de uma assessoria não indígena especializada para mediar o diálogo com *o branco*, talvez sejam falsas questões que eludem os elementos realmente importantes desse processo.[10] A fixação nesses postulados/ideias-força leva a que suas dimensões sejam minimizadas, quando não sumariamente excluídas.

As análises que implícita ou explicitamente perscrutam a primeira hipótese, centradas na constituição do campo social, na ação social de atores e nas orientações ideológicas das entidades de apoio, por vezes privilegiam como referência os canais de interlocução com o Estado e os atores mais públicos, ou seja, mais visíveis no campo midiático e, portanto, mais acessíveis às entrevistas documentadas por

jornalistas e cientistas sociais, bem como discursos e diálogos formulados nesses âmbitos elevados ao caráter de exemplaridade (Pacheco de Oliveira, 2006: 142, nota 26).[11] Deixam, assim, sombreados os conteúdos políticos produzidos pelos indígenas no decorrer de assembleias e encontros, tacitamente decretando sua irrelevância para a organização etnopolítica no Brasil, bem como desconsideram a importância da atuação subterrânea e/ou não documentada (Scott, 2000; Pacheco de Oliveira, 2006). Por exemplo, conforme registra Matos (1997), concomitantemente à organização via assembleias, os indígenas lançaram mão localmente de ações de reivindicação e enfrentamento, como "as ocupações da Funai, a tomada de reféns e o bloqueio de estradas".[12]

Com exceção do esforço de síntese de Ossami (1993) e Matos (1997) acerca dos registros disponíveis das assembleias da década de 1970, o viés de análise circunscrito ao campo social que teria desencadeado o movimento indígena, amparado por discursos difusos, estabelece uma ruptura entre o que se chama de "Assembleias Indígenas *do* Cimi" (assim, em maiúsculas) e o que veio a se constituir posteriormente no movimento indígena, como se esse momento posterior fosse algo mais independente de apoios e alianças, mais livre das "amarras e dirigismos missionários".[13] Essa perspectiva estabelece nítida hierarquia entre as entidades de apoio, em gradientes de supostas autonomias que os indígenas teriam, o Cimi representando a vertente mais controladora e tutelar, por ser vinculado à Igreja católica, ao passo que antropólogos/as, vinculados a agências governamentais e instituições de ensino e pesquisa nacionais e estrangeiras, e Comissão Pró-Índio proporcionariam ao campo indígena "falar por si", como se os discursos e linhas políticas de tais entidades fossem mais neutros ou tábulas rasas para a criação e atuação *puramente* indígenas. Ou seja, deixa implícita a ideia da existência de uma espécie de tutela missionária completa, por oposição a uma tutela relativa ou ausência de tutela quando se trata de entidades laicas, além de subsumir a atuação indígena aos seus respectivos guarda-chuvas ideológicos indigenistas (Entrevista de Zezinho Kaxarari, 2019).

Ao esticar o conjunto desses pressupostos até seus limites, a UNI é percebida como uma soma fortuita de seus principais porta-vozes (Belleau, 2014), descontínua em relação ao momento anterior, e não como um momento organizativo dotado de determinado viés estratégico, ainda que fraturada em seus alcances de articulação, resultante 1) da ampla aglutinação e acúmulo de discussão política indígena nacionalizada, iniciados seis anos antes de sua fundação, durante os quais participaram povos indígenas de todo o país; 2) do contexto da reivindicação de representação política indígena em uma conjuntura nacional marcada pela ausência de cidadania política, nos marcos estatais, pela parcela majoritária da sociedade brasileira, e 3) influenciado, portanto, pelas múltiplas eclosões de conflitos e constantes reordenamentos de estratégias de diversos grupos com o objetivo de recuperar

tal representação e/ou construir novos marcos de participação político-social para todos os segmentos da sociedade.

Além do conteúdo político que as discussões das assembleias, encontros e reuniões desde a década de 1970 engendraram, as análises inseridas exclusivamente na órbita teórica dos movimentos sociais perdem de vista a dimensão da relação entre as populações indígenas e a sociedade de classes, condensada na noção de fricção interétnica proposta por Cardoso de Oliveira (1972, 1976, 1996). Embora o conceito tenha adquirido distintas ênfases analíticas ao longo da produção do autor (Pacheco de Oliveira, 1986), em linhas gerais o sistema interétnico, conforme o caracteriza, enseja clivagens não excludentes entre classes, entre campo e cidade e entre sistemas étnicos (Cardoso de Oliveira, 1976) marcadas dialeticamente pelo aspecto conflitivo e integracionista. Essas relações são caracterizadas pela dependência econômica mútua que se traduz cotidianamente na necessidade de venda de força de trabalho e matéria-prima, bem como pela dependência que se constrói gradativamente no consumo, por parte das populações indígenas, das mercadorias fornecidas pelo branco e, em contrapartida, pela sobre-exploração da força de trabalho indígena e desvalorização sistemática, por parte dos sistemas sociais regionais, de bens produzidos por indígenas (Cardoso de Oliveira, 1972, 1976, 1996), o que, *grosso modo*, compõe o processo de *colonialismo interno*. Por sua vez, essas relações entre "duas populações dialeticamente 'unificadas' através de interesses diametralmente opostos, ainda que interdependentes, por paradoxal que possa ser" (Cardoso de Oliveira, 1996: 47), encontram-se no cerne da eclosão de conflitos entre indígenas e setores vinculados à expansão da fronteira de produção econômica adotada e levada a termo pelo Estado (Velho, 1976), portanto inextricavelmente imbricadas a mobilizações e reivindicações indígenas.

Entre 1964 e 1985, 1.098 *camponeses* foram assassinados em contextos de conflitos por terra no Brasil, segundo levantamento realizado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (Cedi, 1985: X). Desses 1.098 assassinatos, 271 ocorreram no Pará, estado com grande proporção de ocupação rural indígena. Considerando que o termo "camponeses" abarcava, à época desse levantamento, um conjunto populacional posteriormente desdobrado em outras categorias para contemplar distinções relevantes, como ribeirinhos, quilombolas, indígenas, entre outras, estima-se que parte significativa desse número se refira a indígenas e/ou descendentes.[14] Esse número demonstra o caráter abertamente deflagrado dos conflitos por terra nesse período, o que corrobora, portanto, o argumento de que as interpretações sobre a organização étnica no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 não podem dissociá-la dos conflitos sociais e econômicos nos quais emergem.[15]

Longe de produzir suas posições em um vácuo preenchido pelo indigenismo, as propostas apresentadas pela UNI são fruto do acúmulo político das assembleias e encontros registrados – dos quais *também* participaram atores e

entidades indigenistas –, bem como de reuniões não documentadas, que constituem, inclusive, as práticas mais comuns entre os indígenas.

"Eu não sabia se tinha outros povos": as assembleias e encontros indígenas

Chico Apurinã, liderança indígena que participou das mobilizações desde o período aqui abrangido, nos dá conta de que antes das assembleias, iniciadas em meados da década de 1970, "não sabia se tinha outros povos": não os conhecia e/ou com eles mantinha diálogo. Suas interações sociais se davam no território da família do seu avô e da sua mãe, em virtude dos conflitos entre os *parentes*, alimentados pelos patrões. Conforme afirma, ele chegou a um "entendimento" sobre a diferença entre "o povo na sua unidade" e uma "coisa [mais] coletiva" somente por ocasião das assembleias (Entrevista de Chico Apurinã, 2019).[16] Sua fala ilustra de maneira particularmente emblemática o fato de que, independentemente das relações já estabelecidas entre os grupos indígenas, o Estado brasileiro e a sociedade nacional, as assembleias proporcionaram um espaço de articulação étnica sem precedente histórico no país, do qual decorreu a formulação coletiva de questões e respostas para as múltiplas situações atravessadas pelas populações indígenas (Luciano, 2006; Pacheco de Oliveira & Freire, 2006). No que diz respeito ao desenvolvimento de uma noção de saúde – debate acompanhado diretamente por ele – e do seu condicionamento conceitual ao território, identifica-se que, desde as primeiras assembleias, os participantes indígenas das assembleias articulavam as situações vividas em sua complexidade, contribuindo para essa associação, posteriormente sistematizada pela UNI. De acordo com os registros disponíveis desses encontros ampliados (Relatórios de Assembleias, Acervo Cimi), pode-se afirmar que o compartilhamento de experiências cotidianas e locais foi fundamental para as elaborações pelas organizações indígenas a respeito do tema da saúde ao longo do tempo, em diálogo aproximado com o Cimi.[17]

Entre 1974 e 1984 foram realizadas 56 assembleias indígenas (Índice Geral de Assembleias-Acervo Cimi) que seguiam uma ritualística semelhante. Os temas abordados no conjunto dessas 56 assembleias, conforme a ordem categorizada e sumariada por Ossami (1993: 14), abrangiam terra, saúde, escola, autodeterminação e organização indígena, cultura, "desenvolvimento" e projetos agrícolas, relações com a Funai e com demais instituições governamentais, devastação dos recursos naturais, entre outros. Os temas elencados pela autora combinam uma classificação analítica com a compartimentação por "temas" dos relatórios finais das assembleias, formato de sistematização que conferia inteligibilidade ao diálogo com canais de

interlocução governamentais. No entanto, nas dinâmicas das discussões, para além dos relatórios finais de cada encontro, os participantes indígenas relacionavam múltiplos assuntos, tecendo e estabelecendo suas vinculações.

Durante as assembleias, dedicava-se um tempo significativo, que poderia ser um dia inteiro ou momentos intercalados durante todos os dias, às apresentações de todos os participantes. Essas apresentações consistiam em descrições sintéticas ou minuciosas sobre a realidade regional e comunitária daquele que falava. Tratava-se de momentos em que todas as dificuldades e virtudes de ser e viver como indígena no Brasil eram colocadas e articuladas na mesma fala. Qualificava-se, de antemão, a fertilidade da terra, assim como os gêneros alimentícios mais e menos agricultáveis em cada caso. Preponderava, de modo geral, o assunto terra, seguido, por sua vez, da necessidade de reivindicar a demarcação territorial. Os sentidos da demarcação variam no tempo e conforme a experiência daquele que a mencionava, mas denotavam, sobretudo, a existência de um documento, o ato de adquirir ou ter em mãos um papel que comprovasse a posse do terreno para apresentar em caso de iminência e/ou ameaça de expulsão. Outro momento era destinado a uma discussão, "com maior profundidade, de dois ou três dos principais problemas levantados por eles, como, por exemplo: a invasão de suas terras, sua organização para enfrentar as ameaças do contato, suas condições precárias de saúde, entre outros" (Matos, 1997: 219), seguido do encaminhamento de algumas ações e/ou posições a respeito desses problemas.

As falas sobre terra ramificavam-se na frequência e/ou ameaça de invasões – mediante violência física ou realização de atividades agropecuárias nas terras indígenas –, na inundação de terras indígenas por barragens, no impacto sobre a água utilizada pelos indígenas em virtude de atividades de mineração. Todas essas atividades econômicas realizadas nas fronteiras dos territórios indígenas, por sua vez, desencadeavam interações permeadas por manifestações de preconceito, conforme indígenas assinalavam. A demarcação é, assim, frequentemente relacionada à dimensão protetiva que proporcionaria aos indígenas viverem em espaços nos quais controlariam as interações sociais e poderiam evitar confrontos, diálogos e encontros com pessoas que os hostilizavam. É bastante recorrente nas falas a expressão "somos tratados como bichos", assim como o relato de terem sido diretamente assim chamados pelos não indígenas residentes próximos às suas comunidades, pelos fazendeiros ou seus empregados.[18]

O consumo de álcool em sua forma destilada nas comunidades indígenas é debatido desde a primeira assembleia, frequentemente mencionado como um problema a ser combatido e qualificado como gerador de "desagregação familiar" e "destruição das comunidades". O problema é atribuído parcialmente à questão do território, à invasão das terras indígenas e à indefinição das fronteiras, uma vez que está atrelado ao trânsito de indígenas nas cidades e à presença de

moradores urbanos nas comunidades indígenas, acarretando, segundo as falas dos indígenas, a influência de hábitos relacionados ao consumo de álcool sobre as comunidades indígenas. Durante as apresentações dos indígenas na 1ª Assembleia de Chefes Indígenas (1974) em Diamantino, MT, o problema é mencionado por alguns participantes:

> Os civilizados tomaram-lhe as terras. (...) Vivem alcoolizados, passam necessidades, estragando a saúde. A gente fica com dó, eles tocam a gente como bicho, como cachorro. Sobre a localidade a gente quer tranquilidade. A sociedade não ajuda. Estamos lá há setenta anos. Os nossos avós se foram, os filhos ficaram. Não há muito abuso de bebida [na Colônia]. O álcool é o maior mal no São Lourenço. Na Colônia elegemos quatro [pessoas] para sustentar isso: não tomar álcool. (Capitão Aídje, também chamado Eugênio, indígena Bororo, Relatório da 1ª Assembleia de Chefes Indígenas, 1974: 3)

Ahezumaré, também chamado João, indígena da etnia Pareci, também menciona o problema em sua apresentação perante os demais chefes indígenas:

> Precisamos [de] campo para caçar e mata para plantar. Campo só dá mandioca, e muito mal. Na nossa reserva havia problema de bebida. Agora calmou um pouco. Eu reclamo, mas a turma não obedece. Há também alguma briga. Na nossa reserva parou um tal de Demétrio, que não é índio. Trouxe não pinga, mas álcool. Os brancos levaram algumas famílias nossas para trabalhar como escravos, para trabalhar no seringal. (Relatório da 1ª Assembleia de Chefes Indígenas, 1974: 8)

O tema continua sendo tratado dez anos depois, em uma assembleia na qual participaram 79 lideranças, entre as quais dois representantes da UNI:

> Nós, tuxauas, debatemos este assunto, que a cachaça é um fator que destrói um lar, que destrói uma comunidade indígena, isso porque as pessoas da própria comunidade que saem para morar em Boa Vista e quando ao visitar a sua comunidade ou seu amigo trazem consigo a cachaça; assim também acontece com o branco quando vem visitar as comunidades indígenas. Há três comunidades que por causa da distância estão lutando, ou lutaram, para conseguir se livrar da cachaça; então juntos tomaram a iniciativa de não deixarem o branco e nem o índio entrarem com cachaça de maneira alguma. (Relatório da Assembleia de Tuxauas no Surumu, 1985, Roraima: 4)

Jacir de Souza, liderança Macuxi (RR) que estava presente nessa assembleia e desde a década de 1970 participou ativamente dos debates acerca dos serviços de saúde, associa diretamente as mobilizações indígenas em Roraima, assim como a criação do Conselho Indígena de Roraima (CIR), aos conflitos gerados pelo consumo abusivo de álcool nas comunidades, influenciado pelos hábitos dos trabalhadores

dos garimpos que se instalavam nos municípios próximos às terras onde viviam os indígenas (Entrevista de Jacir de Souza, 2018).

O controle da água e do seu acesso, assim como das terras onde estão enterrados os *antepassados*, também é mencionado, como na fala de um indígena Xocó, de Sergipe, durante o 1º Encontro Nacional dos Povos Indígenas, em 1982:

> Onde fica o cemitério e o terreiro onde fica seus antepassados, que estão sendo destruído pela família Brito que controla a área e ameaça constantemente os índios (...). Os gados dos invasores frequentemente entram na reserva e principalmente dentro das comunidades indígenas desse grupo Kariri-Xokó invadidos pelos gados dos fazendeiros sem que eles possam na realidade tomar nenhuma iniciativa (...) por eles não terem água eles têm que ir buscar água e passar pelos propriedades dos fazendeiros e são impedidos de apanhar essa água, então eles reivindicam, eles exigem a expulsão dos posseiros, a demarcação da terra e reivindicam a assistência médica, uma casa de enfermaria, casa para os índios, que tem muitos índios que não tem casa. (Relatório dos Povos Indígenas do Nordeste – 1º Encontro dos Povos Indígenas do Brasil, 1982: 2).[19]

A inundação de terras por barragens e as atividades de mineração ocupavam igualmente parte significativa das discussões. Sobre as atividades de mineração, oscilava-se entre a denúncia dos seus efeitos e a afirmação da necessidade de que fossem regulamentadas e de que a exploração do garimpo em terras indígenas fosse controlada pelas populações indígenas, e não por empresas, nacionais ou internacionais. Assim, as lideranças reunidas durante o 2º Encontro Nacional dos Povos Indígenas, em 1984, formularam e divulgaram um documento de repúdio contra um decreto com o qual se pretendia reformular artigos constitucionais que dispunham sobre a exploração de recursos minerais de interesse econômico para o Estado brasileiro, localizados em terras indígenas. Esse decreto outorgava à Funai o "poder de controle de garimpagem, faiscação e cata; controle sobre a comercialização dos minérios; controle sobre a concessão de autorizações a empresas mineradoras estatais e privadas, nacionais e multinacionais", retirando dos grupos indígenas e seus respectivos interesses coletivos a ingerência sobre o destino das riquezas existentes em seus territórios (decreto n. 88.985, de 10 de novembro de 1983, que reformulava os artigos 44 e 45 da lei n. 6.001/73). No documento se declara que as lideranças reunidas durante o 2º Encontro eram "contrárias à entrada de empresas de mineração em suas terras, porque essa exploração acarretará gravíssimos prejuízos ao bem-estar físico das populações índias, ao seu patrimônio material e cultural" (Documento de repúdio ao decreto n. 88.985, 2º Encontro dos Povos Indígenas do Brasil, 1984).

Esses são alguns trechos emblemáticos das formas como os indígenas associavam seus múltiplos problemas cotidianos desde as primeiras discussões

coletivas que agregavam diversos grupos representativos de todas as regiões do país. Pode-se afirmar que desde a década de 1970 os indígenas atribuem o conjunto desses problemas a dificuldades no acesso à dimensão física de determinado território que lhes possibilite um modo de vida caracterizado pela produção agrícola direta do que consomem. Por conseguinte, as mobilizações indígenas pautavam-se, desde esse período, por reivindicações relativas à terra.

A ênfase indígena em determinados temas e questões, reiterada nos documentos, corrobora o argumento de que o movimento indígena no Brasil – que engloba a construção de suas pautas e as estratégias utilizadas para fazê-las avançar – não deve ser analisada apenas como "movimento social", reduzido de forma objetificada ao exercício político de uma cidadania étnica emergente, i.e., enquadrado no âmbito das representações políticas (Ferreira, 2017), e tampouco deve ter reificados seus expedientes simbólico-identitários (Magalhães, 2010). Cabe, sobretudo, examiná-lo como um conjunto de estratégias étnicas de politização para lidar com problemas diretamente associados, segundo as falas indígenas, às suas dificuldades e riscos de acessar determinados territórios e neles transitar. Estratégias que, por sua vez, refletem a configuração e reconfiguração de sistemas políticos étnicos (Ferreira, 2017).

Saúde como acesso à terra, cidadania e representatividade

Ancorada no acúmulo de debates ocorridos nas assembleias e encontros desde a década de 1970, a União das Nações Indígenas (UNI) demarcou um posicionamento acerca do conceito de saúde vislumbrado pela entidade, em contraposição ao modelo de assistência à saúde propiciado historicamente pelos órgãos indigenistas. Esse posicionamento é assim apresentado no artigo "Os povos indígenas e o direito à saúde", no número especial A Saúde do Índio da revista *Saúde em Debate*:

> a) A saúde das populações indígenas é resultante da interação de alguns elementos fundamentais: acesso à posse da terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e serviços de saúde.
>
> b) A saúde das populações indígenas se define no contexto histórico e particular dessas populações com a sociedade nacional bem como a forma de ocupação de seu território e adjacências.
>
> c) O direito à saúde passa necessariamente pelo reconhecimento da cidadania plena dos povos indígenas e por medidas que assegurem: a posse de suas terras; o respeito à sua organização político-cultural; o acesso às ações e serviços de

> promoção, proteção e recuperação de saúde; e a participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde.
>
> d) É dever do Estado assegurar efetivamente os direitos à saúde das populações indígenas, através de uma política indigenista explícita, que contemple as especificidades tanto étnicas quanto de localização geográfica das mesmas. (UNI, 1988: 8)

Essa proposta foi publicada em proximidade temporal e discursiva com a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, ocorrida em 1986 (Santos *et al.*, 2008; Garnelo, 2014; ver também o capítulo de Pontes deste volume), que teve suas diretrizes principais posteriormente, em 1999, incorporadas na Lei Arouca, a qual instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SasiSUS).[20] À luz de dois textos, "As nações indígenas e a futura carta constitucional do Brasil" e "Proposta para uma nova política indigenista", apresentados pela UNI no grupo de trabalho sobre populações indígenas da Organização das Nações Unidas em Genebra, em 1985 (três anos antes da publicação do artigo na *Saúde em Debate*), algumas noções-chave foram desenvolvidas e esclarecem, por conseguinte, o *corpus* conceitual que serviu de referência à proposta em torno da saúde apresentada pela entidade em 1988.

Especificamente no documento "As nações indígenas e a futura carta constitucional do Brasil" (UNI, 1985, Acervo Cimi), a UNI defende que o tema da democratização da sociedade brasileira está, para os povos indígenas, relacionado a cidadania, representatividade e território. A cidadania, o pertencimento à nacionalidade e a adesão às leis do país devem, contudo, ser um direito dos povos indígenas, e não uma imposição. À nova Constituição, então em debate, caberia prescrever como direito os indígenas "adquirirem a cidadania brasileira sem deixar de ser 'nacional' de uma das mais de 150 Nações que ainda sobrevivem no Brasil" – o termo "nações" reforça a sigla da organização indígena nacional e seus confrontos com o Estado brasileiro –, "o que significa, na prática, o respeito à integridade cultural e étnica dos índios nascidos dentro das fronteiras brasileiras". A definição das fronteiras, defende a UNI no documento, deveria ser realizada mediante um acordo bilateral entre nações:

> Os limites do território indígena não devem ser divisa, mas fronteira. Para que isto possa acontecer é fundamental que os índios possam participar da definição de suas fronteiras, num acordo bilateral, como bilateralmente se estabelecem todas as fronteiras dos povos modernos. O contrário disto é motim de guerra de conquista. (UNI, 1985, Acervo Cimi)

A noção de representatividade remete ao estatuto jurídico e político dos indígenas como coletividades, de acordo com o documento, a "quem tem o direito de falar em nome dos povos indígenas". Para além do aspecto da mediação, a representatividade envolvia, naquele contexto histórico, a reversão do estatuto jurídico da

"relativa incapacidade" aplicado aos indígenas pelo Estatuto do Índio e a defesa da legitimidade de uma organização nacional indígena que atuasse como representante de todas as nações indígenas localizadas em território brasileiro sobretudo no que tangia à sua participação na elaboração da nova carta constitucional.

A posição adotada em torno da cidadania e da representatividade insere-se contextualmente no que se tornou o problema da emancipação indígena, expressão que descende de dois episódios distintos, mas temporalmente próximos, que apontam, ambos, para a discussão sobre território. O primeiro consiste na divulgação da Declaração de Barbados (1971), mencionada anteriormente. Em contrapartida, quatro anos depois, em janeiro de 1975, o governo brasileiro anunciou a possibilidade de alteração do Estatuto do Índio para o que se denominava "emancipação dos índios", divulgada como uma "permissão" para que os indígenas pudessem emancipar-se individual ou coletivamente, sob intenções explicitamente integracionistas.[21] Identificado por Bicalho (2010) como ponto de inflexão propulsionador do movimento indígena brasileiro, o decreto alinhava-se às diretrizes do governo Geisel, especificamente a de "acabar com o paternalismo da Funai e adotar uma política agressiva de integração através da implantação de projetos de desenvolvimento econômico de áreas indígenas" (Rangel Reis *apud* CPI-SP, 1979: 10).

Emancipação, conforme o decreto governamental anunciado, prenunciava a sentença derradeira de dizimação das coletividades indígenas. Emancipação, para os signatários da Declaração de Barbados, significava outra forma de organização política e relação com o Estado, ou seja, uma revisão do regime tutelar. Apesar de indicarem sentidos opostos, a disputa em torno da "emancipação" e suas apropriações semânticas e políticas divergentes se desdobraram na crítica sistemática à emancipação, nos termos do governo militar, pelos povos indígenas e entidades de apoio (CPI-SP, 1979), além de imporem a reflexão e o posicionamento, por parte das populações indígenas, acerca do estatuto de seus territórios, bem como sobre as noções de cidadania e representatividade nele implicadas, conforme indicam os documentos assinados pela União das Nações Indígenas à época.

A sequência de debates, seus temas, a leitura neles realizada, registrados em documentos, e as notas e posicionamentos publicados indicam, contudo, que o movimento indígena se ocupou sistematicamente do estatuto de seus territórios desde as primeiras assembleias ampliadas a partir de 1974. No bojo do enfrentamento coletivo desse problema teórico e político pelo movimento indígena naquele contexto, o anúncio do decreto de emancipação por parte do governo brasileiro foi *um episódio* que gerou mobilização, mas não *o evento desencadeador do movimento indígena no Brasil*.

Inserida nesse esforço de reflexão e sistematização, a saúde é afirmada pela União das Nações Indígenas como condicionada ao estabelecimento de novas configurações e estatutos jurídicos para as populações indígenas no Brasil; às

redefinições de seus territórios, que implicam não apenas o acesso efetivo à terra, mas a redefinição das fronteiras e do estatuto das fronteiras (uma fronteira entre nações);[22] e à participação política, que significava, de acordo com os referidos documentos, a atribuição de legitimidade política às suas posições diante do Estado, garantindo a possibilidade da cidadania brasileira – o que conformaria, segundo alguns participantes das assembleias indígenas, a reivindicação de uma dupla cidadania. Considerando que se trata de textos coetâneos, formulados pela mesma organização e endossados pelas mesmas lideranças indígenas, pode-se afirmar a complementaridade entre os sentidos dos conceitos desenvolvidos no texto "As nações indígenas e a futura carta constitucional do Brasil", de 1985, e a proposta apresentada no artigo da UNI de 1988, que associa território, acesso à terra, saúde e obrigação do Estado em prover serviços de saúde de cuja organização e gestão as populações indígenas participariam.

A saúde e o direito à saúde foram objeto de debate, reflexão e respostas por parte do movimento indígena, em diálogo com o campo indigenista, particularmente com médicos vinculados ao movimento da Reforma Sanitária e com indigenistas vinculados ao Cimi posicionados em experiências diversas nos encontros de Saúde organizados pela entidade (ver os capítulos de Barroso, de Pontes e de Welper nesta coletânea).

O âmbito de reflexão e atuação política da Reforma Sanitária, composto majoritariamente por movimentos de profissionais da saúde, movimentos populares apoiados pela Igreja católica e pela atuação política popular em bairros de periferias das grandes cidades, tinha como eixo reivindicativo a melhoria das condições de saúde e a contraposição ao modelo autoritário vigente de saúde consolidado pelo sanitarismo da Primeira República (Cebes, 1980 *apud* Teixeira & Paiva, 2014). O mesmo que fora implementado também entre populações indígenas sob roupagens específicas. Entre os princípios centrais que seriam adotados pela Reforma Sanitária da década de 1970, conforme a resolução aprovada no primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde em 1979, estavam

> o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização[23] do sistema; a participação popular; o controle democrático e a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública. (Teixeira & Paiva, 2014: 22)

As principais instituições divulgadoras do que seria um novo modelo de saúde, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), enfatizavam a necessidade de substituição de uma prática médica voltada para o controle das doenças – principalmente as transmissíveis – pela promoção da saúde e melhoria das condições de vida.[24] Entre as

populações indígenas, as práticas características do sanitarismo clássico, combatidas pelos novos sanitaristas, se faziam mais drásticas e aprofundadas, ao mesmo tempo que mais precárias, e contrastavam com a percepção sobre o que era saúde externada pelos indígenas em assembleias e encontros. A associação estabelecida entre território e qualidade de vida se coadunava com a noção de saúde defendida no novo modelo sanitarista em formação. A aliança entre os sanitaristas modernos e o movimento indígena, que se desdobrou no único setor minoritário da população brasileira a ser contemplado com uma política específica de saúde após a aprovação do Sistema Único de Saúde,[25] foi, assim, estratégica para o fortalecimento das pautas da chamada Reforma Sanitária e da política pública em saúde no Brasil.

Movimento indígena e a política de saúde no Brasil

Até culminar na formulação textual em diálogo com o movimento da Reforma Sanitária (ver capítulo de Pontes nesta coletânea), a posição política adotada em torno do tema saúde e exposta no texto assinado pela UNI na revista *Saúde em Debate* reflete, concatena e sistematiza as reflexões desenvolvidas ocorridas nas assembleias indígenas desde os anos 70.

Após a formação da UNI, em 1980, aproximadamente quatro encontros nacionais foram realizados: duas assembleias da UNI (uma em Aquidauana, Mato Grosso, a segunda em São Paulo) e dois encontros nacionais realizados em Brasília, em 1982 e 1984. Durante 1985 e 1986 ocorreram também mais seis grandes assembleias regionais organizadas pela UNI e/ou realizadas com a presença de alguns de seus representantes, em Roraima, Rondônia, no Nordeste e no Espírito Santo; essas assembleias contaram, em seu conjunto, com a participação de mais de trezentos líderes ("A organização indígena hoje", 1996, Acervo Cimi). Um número significativo de etnias indígenas participou desses encontros, além de lideranças nacionais da UNI que participaram da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986) e da elaboração dos principais documentos que contribuíram para a formulação da política pública em saúde indígena no Brasil, antes, durante e após a Assembleia Nacional Constituinte.

Trata-se, com efeito, de um volume significativo e consistente de debates, amplamente registrados, que representava grande número de populações de todas as regiões do país e, portanto, subsidiou as sínteses realizadas pelas lideranças indígenas e, sobretudo, respaldou os posicionamentos textuais formulados em diálogo com indigenistas e médicos sanitaristas diretamente vinculados à construção do Sistema Único de Saúde (SUS). As formas pelas quais os temas foram debatidos, conforme eram apresentados pelas lideranças indígenas, indicam semelhança entre aquelas posteriormente adotadas pelo movimento da Reforma Sanitária. A associação,

pelos indígenas, entre os problemas concernentes à saúde e aqueles relacionados ao território convergia para a forma de refletir adotada pelos médicos sanitaristas.

Procurei aqui indicar algumas noções e categorias-chave, assim como problemas sensíveis à realidade cotidiana indígena que pautaram o debate seminal sobre a construção de uma política pública de saúde voltada para os povos indígenas no Brasil, de acordo com alguns documentos disponíveis sobre esse período. Enfatizei o conteúdo político elaborado com participação ampliada de grupos indígenas em encontros e assembleias, registrados e sistematizados com um rigor nada desprezível, acerca de suas experiências como coletividades, e a forma como o tema da saúde foi abordado nesse contexto. A análise dos documentos relativos à experiência política indígena do período de mobilização e efervescência em torno da nova Constituição permite indicar, ainda que escapando à complexidade dos acontecimentos, o fato de os indígenas estarem "em movimento" e a relevância do acúmulo de conteúdo político para a formulação do texto final e das políticas públicas dele decorrentes. A associação entre saúde e território, contrastada com a noção de saúde incutida pela assistência propiciada pelos órgãos tutelares, embora não tenha sepultado esta última nem seus reducionismos, possibilitou o fortalecimento de ambas as demandas, por saúde e por território, complexificadas à luz de outros paradigmas e olhares, afirmados pela organização indígena ascendente.

Notas

1 Este capítulo é resultado de um processo de pesquisa documental e de debates com pesquisadores e pesquisadoras, no âmbito do Projeto Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas, coordenado por Ricardo Ventura Santos, financiado pela Wellcome Trust/UK (projeto n. 203486/Z/16/Z) e avaliado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer Conep n. CAAE 61230416.6.0000.5240).

A autora foi bolsista de pós-doutorado no âmbito do Projeto Wellcome (março a agosto de 2019) e, posteriormente, do Programa Inova/Fiocruz (setembro de 2019 a março de 2021), com vinculação ao Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Para a elaboração do presente texto foram utilizados e analisados um conjunto de documentos selecionados do acervo do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), localizado em Brasília, DF, além de publicações da Comissão Pró-Índio e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), subdivididos em: 1) atas descritivas de assembleias e encontros nacionais; 2) sínteses textuais com avaliações, resoluções e encaminhamentos desses fóruns. Incorporou-se também um conjunto de entrevistas realizadas nos anos de 2018 e 2019 no âmbito do referido projeto, com lideranças indígenas e atores envolvidos na criação e implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi), entre os quais Ailton Krenak, István Varga, Jacir de Souza, Nicanor Pinto, Chico Apurinã e Zezinho Kaxarari. Para outras informações sobre os entrevistados citados ao longo deste capítulo, ver Apêndice do volume.

2 A partir da terceira assembleia (Reserva Indígena de Merure, 1975), a responsabilidade de convocar e organizar as assembleias indígenas foi sendo assumida pelos próprios indígenas, que construíam espaços de discussão com participação exclusivamente indígena (Matos, 1997; Relatório da 3ª Assembleia Indígena, 1975).

3 Ailton Krenak utiliza algumas metáforas para desenvolver o argumento (Krenak, 2015: 220; Vieira, 2019: 51).

4 Em linhas gerais, guardadas as nuances, as/os autoras/es que adotam a linha teórica que procura examinar os chamados "movimentos sociais" tecem sua análise em torno do postulado de que os conflitos concernentes às classes sociais foram suplantados por pautas e agrupamentos temáticos e fragmentados. A referência proeminente e impulsionadora da ação social coletiva seriam não as classes, tal como conceituadas em Marx, mas as causas transversais relacionadas a opressões cotidianas e a demais tipos de pautas globais, como é o caso do ambientalismo. Essa linha teórica se volta para as formas de reivindicação e as relações estruturais desses grupos com o Estado em suas múltiplas instâncias de representação. A virada epistemológica em torno dos movimentos sociais na (ou sobre a) América Latina como formas de participação e reivindicação política por excelência, conforme aponta Barroso Hoffmann (2009: 68), esteve inscrita no reordenamento geopolítico neoliberal a partir das décadas de 1980 na Europa e na criação de mecanismos de participação sob a égide da cooperação internacional, cuja implementação é escrutinada pela autora.

5 Marçal de Souza compôs também a equipe de assessoria de saúde de âmbito nacional organizada pelo Cimi no seu 1º Encontro de Saúde em 1978, mas só veio a participar do 2º Encontro, realizado em 1981. A esse respeito, ver capítulo 2 deste volume, escrito por Elena Welper.

6 Regionais do Cimi, da Comissão Pró-Índio e da Anaí, a ABA, CCPY, CTI, Oxfam, Museu Nacional, UnB, além de figuras públicas como Luis Inácio Lula da Silva e Sônia Braga, entre outros (CPI, 1981).

7 Para uma recuperação crítica dos decretos, documentos, seus conteúdos e efeitos no campo indigenista brasileiro, ver Souza Lima & Barroso-Hoffmann, 2002.

8 Sobretudo no Nordeste, a atuação do Cimi guarda estreita continuidade histórica com a tradição missionária que remonta ao período colonial: a atuação das Missões Populares, uma versão das Santas Missões de Portugal. A Igreja dos Pobres, como era conhecida, consistia "em visitas esporádicas às capelas do interior, de missionários sediados nas igrejas matrizes ou nos conventos do litoral. Esses missionários eram religiosos das ordens capuchinha, jesuíta, carmelita, oratoriana e franciscana (séc. XVII e primeira metade do seguinte), capuchinha e lazarista (século XIX). A partir do final dos anos 70, esse antigo formato foi adaptado por um clero formado na Teologia da Libertação e colaterais, como a Teologia da Enxada. Tratava-se de uma pedagogia que tinha por instrumento as festas e celebrações e por objetivo a quebra das hierarquias sociais, buscando a mudança nas estruturas sociais, por meio da reforma dos símbolos sociais. O projeto era fazer das festas populares o exercício de poder do povo: 'valorizar a palavra do povo' não significava apenas valorizar aquilo que o povo pensava e dizia de fato, mas também e talvez principalmente, aquilo que o 'povo' – não enquanto referência empírica, mas enquanto referência bíblica, sustentada na ideia de 'libertação' – deveria pensar e dizer, por direito" (Arruti, 2006: 395-396).

[9] O conceito de encarnação foi substituído, em finais da década de 1980, pelo de inculturação (Rufino, 2006; Matos, 1997).

[10] O que não significa que um exame pormenorizado e crítico dessas atuações e das relações estabelecidas entre esses setores não seja fundamental. Ressalte-se a esse respeito a inexistência de análises socioantropológicas sobre as atividades efetivas desenvolvidas via assessoria de antropólogos/as e pelas respectivas entidades por eles/elas coordenadas, como observam Souza Lima e Barroso-Hoffmann (2002).

[11] Por exemplo, em vieses interpretativos sobre a relação entre movimento indígena e o ecologismo. A reorientação da estratégia organizativa indígena de uma entidade nacional para o surgimento e multiplicação de organizações de base local, regional e étnica não decorreu do mercado de projetos, dimensão preconizada por Bruce Albert (2000), mas refletiu o próprio embate árido quanto à existência da UNI e a sua representatividade, ocorrido em meio à circulação nacional de muitos manifestos e debates entre os indígenas (Acervo Cimi) sobre a dinâmica de representação nacional da entidade. Além disso, a brecha política aberta pelo artigo 232 da Constituição de 1988, que extingue a tutela jurídica e garante o direito de representação coletiva aos indígenas, abrindo a tais associações a possibilidade de se constituírem como pessoas jurídicas, teve significativo papel nessa reorientação (Pacheco de Oliveira, 2006; Albert, 2000).

[12] Os Xavante realizaram várias ocupações da Funai, tanto dos seus escritórios regionais como também da sede em Brasília. Uma delas, contra a qual foram convocadas forças militares, ocorreu em 1979 (Matos, 1997). O então presidente da Funai atribuiu seu pedido de demissão, em 1983, às pressões dos Xavante, que em uma das ocupações da sede do órgão exigiram a exoneração de coronéis dos cargos de confiança. Nesse mesmo ano, um avião e seu piloto foram sequestrados pelos Kayabi, Suyá e Juruna, do Posto Diauarum (Parque Nacional do Xingu). O caso mobilizou autoridades governamentais, a imprensa e outros grupos indígenas. O piloto não ficou retido por muito tempo; contudo, o avião ficou quase dois meses tomado pelos indígenas, servindo como principal trunfo para a negociação com o governo brasileiro (Cedi, 1984: 180 apud Matos, 1997). Também em 1983, os Kayapó aprisionaram funcionários do Posto Kretire (Xingu), exigindo a regulamentação da área do Capoto como terra imemorial (Melatti, 1985 apud Matos, 1997). Além de fazerem reféns, os indígenas também bloquearam o trânsito da balsa e só recuaram mediante a promessa por parte do ministro do Interior de liberar a área de Capoto para eles (Matos, 1997).

[13] Critério semelhante é aplicado à problematização quanto ao Acervo do Cimi, como se o fato de pertencer ao Cimi e seus registros documentais serem fruto de trabalho missionário implicasse a contaminação ideológica dos documentos ali presentes e inviabilizasse, de antemão, a incorporação desse material à análise sobre as mobilizações indígenas.

[14] A publicação voltada para a divulgação das violências cometidas especificamente contra populações indígenas começou a ser editada apenas em 1996 pelo Cimi (Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil).

[15] A maioria, se não a totalidade, das análises referentes às organizações e insurreições de massa dos séculos XIX e XX, bem como sobre o movimento feminista e sobre o movimento negro – que somam, aliás, um imenso conjunto de obras –, enfoca também estas duas

dimensões: as mobilizações como fruto do avanço das discussões, das concepções; e a redefinição de estratégias baseadas em avaliações políticas conjunturais e estruturais sobre a realidade dos diretamente nela implicados, realizadas em âmbitos coletivos, numa espécie de movimento entre tentativa, erro, ação e conquistas eventuais. Um lugar muito lateral nessa literatura é destinado ao xadrez de forças e grupos políticos, o qual é mencionado somente em referência e condicionado ao movimento de ideias, concepções e avaliações coletivas, ou seja, ao debate entre divergências e convergências que desembocam em ações coletivas. Chama a atenção que tão somente o movimento indígena brasileiro seja, majoritariamente, objeto de um tratamento analítico completamente distinto, escolha aparentemente relacionada a uma dificuldade metodológica e/ou à premissa tácita de que indígenas não constroem avaliações sobre suas condições de vida, muito menos localizam suas situações em contextos mais amplos, e tampouco produzem conteúdos, concepções, avanços de ideias; outros produzem por eles, que vão, mimética e integralmente, a reboque de orientações ideológicas produzidas externamente.

16 Diversas falas das assembleias e encontros desse período apontam nesse mesmo sentido: o da demonstração de satisfação das lideranças por "encontrar" ou "estar entre" parentes cuja existência era desconhecida ou ignorada. É esse um dos ganchos etnográficos que levam Matos (1997) a caracterizar o acontecimento histórico das assembleias como "pan-indígena", abordando-o, todavia, com base na noção de "comunidade imaginada" (Anderson, 2008), via argumentativa distinta da desenvolvida aqui.

17 No capítulo 2 deste volume, Welper aborda os debates e encaminhamentos dos encontros de Saúde promovidos pelo Cimi a partir de 1978. Identifica-se no conjunto de documentos referentes a esses encontros o diálogo entre as entidades indígenas e indigenistas sobre o conceito de saúde.

18 Não é aleatório que no relatório produzido pela região norte do 1º Encontro dos Povos Indígenas (1982), o "direito de ir e vir" conste no primeiro ponto da lista de demandas: "Como o objetivo da reunião era para expor os problemas das comunidades indígenas existentes em cada região, os líderes indígenas presentes apresentaram suas propostas e reivindicações nesses termos: 1) Direito do índio de ir e vir, reunir-se livremente, organizar-se para seguir os próprios passos, sem ser emancipados contra a vontade. 2) Demarcação de terras e entrega de títulos da terra e de tuxaua de cada comunidade. 3) Solução sobre problemas de invasões de fazendeiros e madeireiros nas terras indígenas (...)" (Ata região norte 1º Encontro de Povos Indígenas, 1982, Brasília, Acervo Cimi).

19 Segundo Arruti (2006: 400), os Brito eram uma "tradicional família de proprietários e políticos do sertão sergipano de Porto da Folha que, desde o século XIX, ocupava a administração municipal e também as terras". Os à época denominados "caboclos da Caiçara" eram seus empregados. Concomitantemente à instalação das hidroelétricas de Paulo Afonso e Sobradinho, que também impactaram na utilização de recursos e terras pela população da região, durante a década de 1970, e em meio a todos os elementos abordados nesse texto, os "caboclos da Caiçara" subvertem um conflito de natureza trabalhista contra a família Brito em luta pela retomada das "terras de seus ancestrais" e passam a se denominar a coletividade indígena Xocó. Tratava-se das "terras do aldeamento da Ilha de São Pedro, criado em meados do século e ocupado até 1878 por uma redução de índios atraídos de diversos aldeamentos extintos e aos quais foram

sendo agregados fragmentos de diversos outros grupos, depauperados pela fuga de guerras tardias" (Arruti, 2006: 400).

[20] A 1ª CNSI (1986) ocorreu e foi convocada paralelamente à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Um mesmo conjunto de atores sociais pautou a 1ª CNSI, entre médicos e lideranças da UNI (ver capítulo de Pontes nesta coletânea), construindo juntos também esse texto apresentado pela UNI. Assim, o conteúdo textual do documento final da 1ª CNSI aproxima-se quase literalmente do artigo da UNI (Documento final CNSI, 1986; Entrevista de Nicanor Pinto, 2019).

[21] "Tal meta significava impor uma redução drástica dos índios no Brasil, através de um processo de integração que tinha como pressuposto a transitoriedade da identidade indígena: 'Vamos procurar cumprir as metas fixadas pelo presidente Geisel, para que através de um trabalho concentrado entre vários Ministérios, daqui a 10 anos possamos reduzir para 20 mil os 220 mil índios existentes no Brasil e daqui a 30 anos, todos eles estarem devidamente integrados na sociedade nacional'" (CPI, 1979: 11; Matos, 1997: 197-198).

[22] Para além de uma reflexão no campo acadêmico sobre as noções de terra e território, a qual ultrapassa o objetivo deste texto retomar, identifica-se que estas noções também estavam sendo tomadas como ponto de reflexão e conceituação pelo movimento indígena, além de outros movimentos e setores sociais nesse contexto histórico. Para uma recuperação dos diferentes sentidos atribuídos a ambos os termos, ver Guedes, 2018.

[23] No Sistema Único de Saúde gestado desde a Reforma Sanitária, hierarquização está relacionada à organização dos serviços e ao uso dos "recursos disponíveis de forma mais racional. Como a maior parte dos municípios não tem condições de ofertar integralmente os serviços de saúde", o SUS prevê "uma estratégia regional de atendimento (parceria entre estado e município)" para corrigir distorções de acesso. Conforme a sua complexidade, os serviços são oferecidos pelas unidades de saúde, pelo município, pelo município-polo ou pela região (Paim, 2009: 59).

[24] Em concordância e continuidade com a definição de saúde do preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946, um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1946). Essa definição, endossada na Declaração de Alma-Ata (1978), em que se defende a importância dos cuidados primários, foi amplamente absorvida pelos setores vinculados à saúde e também pelo movimento indígena no contexto histórico examinado.

[25] Sobre a Lei Arouca de 1999, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena baseado na territorialidade, em distritos sanitários, ver Santos *et al.*, 2008, Garnelo, 2014 e Langdon & Cardoso, 2015.

Referências

ALBERT, B. Associações indígenas e desenvolvimento sustentável na Amazônia brasileira. *In*: RICARDO, C. A. (Org.). *Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA), 2000.

ANDERSON, B. *Comunidades Imaginadas: reflexões sobre a origem e a difusão do nacionalismo.* São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

AROUCA, C. & LIMA, N. Antropologia e medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). *In*: TEIXEIRA C.C. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. (Saúde dos Povos Indígenas)

ARRUTI, J. M. A produção da alteridade: o toré e as conversões missionárias e indígenas. *In*: MONTERO, P. (Org.). *Deus na Aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. Rio de Janeiro: Globo, 2006.

BARBOSA, J. M. A. & FAGUNDES, M. G. B. Uma revoada de pássaros: o protagonismo indígena no processo constituinte. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais – RBHCS*, 10(20), 2018.

BARROSO HOFFMANN, M. *Fronteiras Étnicas, Fronteiras de Estado e Imaginação da Nação: um estudo sobre a cooperação internacional norueguesa junto aos povos indígenas.* Rio de Janeiro: Museu Nacional, E-papers, 2009.

BELLEAU, J.-P. Introduction. L'acteur indien. *In*: BELLEAU, J.-P. *Le Mouvement Indién au Brésil: du village aux organisations*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2014.

BICALHO, P. S. S. *Protagonismo Indígena no Brasil: movimento, cidadania e direitos (1970-2009)*, 2010. Tese de Doutorado, Brasília: Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília.

BRUNELLI, G. La medicina occidental en el frente de atracción Zoró. *In*: BRUNELLI, G. *De los Espíritus a los Micróbios: salud y sociedad en transformación entre los Zoró de la Amazonía Brasileña*. Quito, Roma: Abya-Yala, MLAL, 1989.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. Problemas e hipóteses relativos à fricção interétnica. *In*: CARDOSO DE OLIVEIRA, R. *A Sociologia do Brasil Indígena*. Brasília: Editora UnB, 1972.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. Processos de articulação étnica. *In*: CARDOSO DE OLIVEIRA, R. *Identidade, Etnia e Estrutura Social*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1976.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. *O Índio e o Mundo dos Brancos*. Campinas: Editora Unicamp, 1996.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico. *Estudos Avançados*, 14(40), 2000.

CARVALHO, J. M. *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A Saúde do Índio. *Saúde em Debate*, edição especial, jan. 1988. Disponível em: <https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.+especial%2C+edi%E7%E3o+especial&pesq=&x=69&y=13>. Acesso em: 19 ago. 2019.

CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO (CEDI). *Povos Indígenas no Brasil*. v. 8. Coord. geral Carlos Alberto Ricardo. São Paulo: Cedi, 1985.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO (CPI-SP). *A Questão da Emancipação.* Coord. Lux Vidal. São Paulo: Parma, 1979. (Cadernos da Comissão Pró-Índio, 1)

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO (CPI-SP). *A Questão da Emancipação.* Coord. Lux Vidal. São Paulo: Parma, 1982. (Cadernos da Comissão Pró-Índio, 3)

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Saúde: especificidades do direito dos povos indígenas no contexto das conclusões da 8ª CNS. *Saúde em Debate*, (ed. esp.): 10-11, jan. 1988. A Saúde do Índio.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(3): 388-340, 1987.

DEPARIS, S. R. *União das Nações Indígenas (UNI): contribuição ao movimento indígena no Brasil (1980-1988)*, 2007. Dissertação de Mestrado, Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados.

DIAS DA SILVA, C. *Cotidiano, Saúde e Política: uma etnografia dos profissionais da saúde indígena*, 2010. Tese de Doutorado, Brasília: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília.

DIEHL, E. *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó), Santa Catarina, Brasil*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ENRIQUE DE OLIVEIRA, P. *"Cada Qual Tem um Pouco de Médico e Louco": políticas de saúde e mediações culturais entre o SPI (Serviço de Proteção aos Índios) e os indígenas*, 2011. Tese de Doutorado, Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

FERREIRA, A. C. Etnopolítica e Estado: centralização e descentralização no movimento indígena brasileiro. *Anuário Antropológico*, 42(1): 195-226, 2017.

GARNELO, L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. *In*: TEIXEIRA, C. C. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. (Saúde dos Povos Indígenas)

GUEDES, A. D. Da terra ao território: notas para uma sociologia da crítica ao desenvolvimento. *In*: LIMA, A. C. S. *et al.* (Orgs.). *A Antropologia e a Esfera Pública no Brasil: perspectivas e prospectivas sobre a Associação Brasileira de Antropologia no seu 60º aniversário*. Rio de Janeiro, Brasília: E-papers, ABA, 2018.

GOHN, M. G. *Teorias dos Movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 2006.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 2013.

HOCHMAN, G. & SILVA, R. Campanhas públicas, populações (quase) invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira. *In*: TEIXEIRA, C. C. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. (Saúde dos Povos Indígenas)

HONNETH, A. *Luta por Reconhecimento*: *a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2009.

KRENAK, A. O movimento indígena e a Constituição de 1988. Entrevista concedida a Marcos Sávio, junho de 2013; A União das Nações Indígenas. Texto publicado na revista *Lua Nova*, junho de 1984. *In*: COHN, S. (Org.). *Encontros: Ailton Krenak*. Rio de Janeiro: Azougue, 2015.

LACLAU, E. Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2(1), 1986.

LANGDON, E. & CARDOSO, M. (Orgs.). *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora UFSC, 2015.

LUCIANO, G. S. *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília: MEC-Secad, Laced, Museu Nacional, 2006. (Educação para Todos. Série Via dos Saberes, 1)

MAGALHÃES, A. M. *A Luta pela Terra como Oração: sociogênese, trajetórias e narrativas do movimento Tupinambá*, 2010. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MATOS, M. H. O. *O Processo de Criação e Consolidação do Movimento Pan-Indígena no Brasil,* 1997. Dissertação de Mestrado, Brasília: Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília.

MELUCCI, A. *A Invenção do Presente: movimentos sociais nas sociedades complexas.* Petrópolis: Vozes, 2001.

OSSAMI, M. C. *O Papel das Assembleias de Líderes na Organização dos Povos Indígenas do Brasil*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 1993. (Série Antropológica, 1)

PACHECO DE OLIVEIRA, J. O caboclo e o brabo: notas sobre duas modalidades de força de trabalho na expansão da fronteira amazônica no século XIX. *Encontros com a Civilização Brasileira*, 11: 101-140, 1979.

PACHECO DE OLIVEIRA, J. Fricção interétnica. *In*: SILVA, B. (Coord.). *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1986.

PACHECO DE OLIVEIRA, J. (Comp.). *Hacia una Antropología del Indigenismo.* Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.

PACHECO DE OLIVEIRA, J. & FREIRE, C. A. R. *A Presença Indígena na Formação do Brasil*. Brasília: MEC-Secad, Laced, Museu Nacional, 2006.

PAIM, J. *O Que É o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Temas em Saúde)

RUFINO, M. P. O código da cultura: o Cimi no debate da inculturação. *In*: MONTERO, P. (Org.). *Deus na Aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. Rio de Janeiro: Globo, 2006.

SANTOS, R. V. *et al.* Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SCHERER-WARREN, I. *Redes de Movimentos Sociais*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

SCHERER-WARREN, I. & KRISCHKE, P. J. (Org.). *Uma Revolução no Cotidiano? Os novos movimentos sociais na América Latina*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

SCOTT, J. *Los Dominados y el Arte de la Resistencia: discursos ocultos*. México: ERA, 2000.

SOUZA LIMA, A. C. *Um Grande Cerco de Paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1995.

SOUZA LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMANN, M. Questões para uma política indigenista: etnodesenvolvimento e políticas públicas, uma apresentação. *In*: SOUZA LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMANN, M. (Orgs.). *Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma política indigenista I*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

TEIXEIRA, L. A. & PAIVA, C. H. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(1): 15-35, 2014.

TOURAINE, A. *Palavra e Sangue: política e sociedade na América Latina*. Campinas: Editora Unicamp, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preamble to the Constitution of the World Health Organization, 1946.

VELHO, O. G. *Capitalismo Autoritário e Campesinato: um estudo comparativo a partir da fronteira em movimento.* São Paulo: Difel, 1976.

VERDUM, R. Etnodesenvolvimento e mecanismos de fomento do desenvolvimento dos indígenas: a contribuição do subprograma Projetos Demonstrativos (PDA). *In*: SOUZA LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMANN, M. (Orgs.). *Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma política indigenista I*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

VIEIRA, N. B. S. *"Tem que Ser do Nosso Jeito": participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil*, 2019. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo.

UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS (UNI). Os povos indígenas e o direito à saúde. *Saúde em Debate*, (ed. esp.): 8-9, jan. 1988. A Saúde do Índio.

Fontes

Acervo Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz)

Documento final da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, 1986.

Documento "Subtemas" da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, 1986.

Acervo Conselho Indigenista Missionário (Cimi)

Documento "A organização indígena hoje". Curso de Formação de Lideranças Indígenas da Região Norte, Itacoatiara, AM, 1996.

Documento contra a mineração apresentado pelo 2º Encontro Nacional dos Povos Indígenas, datado de 4 de abril de 1984.

Documentos "Para uma nova política indigenista" e "As nações indígenas e a futura carta constitucional do Brasil". Documentos apresentados pela UNI na 4ª Sessão do Grupo de Trabalho sobre populações indígenas da ONU em Genebra, 1985.

Índice Geral de Assembleias.

Relatório descritivo da Assembleia Geral de Tuxauas, aldeia Surumu, Roraima, 1985.

Relatório descritivo da 1ª Assembleia Indígena, 1974.

Relatórios das assembleias da UNI (1980, 1981).

Relatórios, atas e transcrições de falas do 1º e 2º encontros nacionais dos Povos Indígenas (1982 e 1984).

Texto de autoria de Daniel Cabixi: "Avaliação do Encontro" (Encontro Nacional de Povos Indígenas, 1982).

Cinco Encontros e a Oitava: as ações de saúde do Conselho Indigenista Missionário (Cimi) no contexto pré-Constituinte[1]

Elena Monteiro Welper

Por uma saúde libertadora

Em 1999 foi sancionada a Lei Arouca (lei n. 9.836/99), que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e garantiu o direito dos povos indígenas a uma atenção diferenciada. A história dessa lei remete ao período pré-Constituinte, e mais diretamente à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que, presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do movimento da Reforma Sanitária, foi a primeira Conferência Nacional de Saúde aberta à sociedade (ver o capítulo de Machado e Garnelo nesta coletânea).

Em virtude desse ineditismo, a fim de garantir efetiva participação popular no evento, foi articulado um grande processo de mobilização que envolveu diversos movimentos sociais que lutavam pela redemocratização do país e teve como ponto de partida uma inusitada convocação em rede nacional:

> À época, a Christina Tavares, que trabalhava na comunicação social da Oitava, articulou a divulgação da conferência numa novela da TV Globo. Nessa novela um dos personagens fazia a conclamação da população a participar da Oitava. (Ary Miranda, médico da Fiocruz, *in* CCI/Ensp/Fiocruz, 2016)

A novela era *Roque Santeiro* e a cena em que se fez a convocação pública para a 8ª Conferência tinha como protagonista o padre Albano, um representante da ala progressista da Igreja católica que, segundo Christina Tavares,

> era um personagem bom para nós, assim, fazia o bem, conversava com pobre, falava de saúde, falava de educação, aí eu fui até o Aguinaldo e pedi pra ele botar um cartaz, (...) Aguinaldo topou, eu fiz "8ª Conferência Nacional de Saúde. Participe!", e ele botou e botou uma fala no Claudio Cavalcanti, falando com os fiéis que procurassem seus sindicatos, que procurassem suas confederações, que todos no Brasil que estivessem em alguma sociedade organizada tinham direito a ter delegado, ou participar da 8ª Conferência. (Christina Tavares *in* CCI/Ensp/Fiocruz, 2016)

Não obstante as críticas eventualmente dirigidas a essa iniciativa, esse episódio figura como a "primeira convocação pública" do evento (Oitava, s. d.) e está sendo aqui recuperado por dizer respeito a uma importante agência na luta pela democratização da saúde e posteriormente por uma atenção diferenciada à saúde indígena: a da Igreja católica progressista.

A campanha de mobilização popular obteve sucesso e a 8ª CNS contou com a participação de cerca de 5 mil pessoas, tendo 50% das vagas sido ocupadas por representantes do Estado e 50% por representantes da sociedade civil. A Conferência Nacional dos Bispos Brasileiros (CNBB) esteve representada pelo padre Pedrinho Guareshi, que falou sobre o papel da Igreja no campo da saúde, destacando a atuação desta no apoio "às organizações dos oprimidos e injustiçados, dos pobres, dos trabalhadores" a fim de que estes pudessem "dar sua resposta numa associação livre, autônoma, e não em associações pelegas ou ligadas ao Estado" (Brasil, 1986: 114). Nesse sentido, ressaltou a iniciativa da CNBB em valorizar as práticas médicas que promovessem a autonomia das comunidades: "Dos 14 mil religiosos que trabalham no campo da saúde no Brasil, 4 mil mais ou menos, já trabalhavam em organizações de base, numa medicina comunitária, numa medicina preventiva, numa medicina alternativa, numa medicina popular" (Brasil, 1986: 114).

Não há dados sobre a participação efetiva de indígenas na 8ª CNS, mas em função desta participação, com o propósito geral de "discutir uma proposta de diretrizes relativas à saúde do índio", foi deliberada a realização de uma conferência específica sobre o tema: a Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), entre os dias 27 e 29 de novembro de 1986.

A CNSPI foi coordenada por José Antônio Nunes de Miranda, da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde (DNPS/MS) e pela antropóloga Ana Costa, da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde, que se empenhou para garantir a participação do máximo de especialistas no assunto, bem como de indígenas (Entrevista de Ana Maria Costa, 2018). Entre as instituições indigenistas convidadas estava o Conselho Indigenista Missionário (Cimi), organismo anexo da CNBB criado em abril de 1972 sob forte influência da Teologia da Libertação, como veremos adiante.

Ana Maria Costa, que também fez parte da relatoria final da conferência, deu destaque à participação do Cimi no evento, ressaltando que esse órgão e a União das Nações Unidas (UNI) teriam sido os únicos a apresentarem textos técnicos. Não por outra razão, explicou ela, a proposta final da conferência foi um "enxugamento" desses dois documentos (Entrevista de Ana Maria Costa, 2018).

A CNSPI foi estruturada nos moldes da 8ª CNS e composta por três mesas-redondas. A primeira delas, "Direito à saúde do índio é dever de Estado", foi coordenada por Olympio Serra, do Ministério da Cultura, e teve a participação de Sergio Arouca, Ailton Krenak, coordenador da UNI, e José Geraldo de Souza

Júnior, professor de direito da UnB e membro da Comissão de Paz da Arquidiocese de Brasília. A segunda mesa-redonda, sobre a "Saúde dos índios e o sistema de saúde", foi coordenada pelo já mencionado José Antônio Nunes de Miranda e teve como participantes Oswaldo Cid, médico do Parque Nacional do Xingu; Iara Ferraz, antropóloga do Centro de Trabalho Indigenista (CTI); José Luiz dos Santos, antropólogo da Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp); Antônio Apurinã, diretor da Casa de Saúde Indígena (Casai) Rio Branco, AC, e João Paulo Botelho Vieira, professor da Escola Paulista de Medicina.

A participação programada do Cimi ocorreu na terceira mesa-redonda, "Diretrizes políticas de proteção à saúde indígena", que foi coordenada por Elisa Sá (Fsesp) e previa a participação de Roberto Baruzzi, Antônio Hauttequest, da DNPS/MS, além de representantes da UNI e do serviço médico da Fundação Nacional do Índio (Funai) (Brasil, 1986).

A proposta apresentada pelo Cimi havia sido enviada previamente para a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, organizadora da conferência, como "Resumo da posição que o Cimi apresentaria no debate nacional" e pode ser vista como um produto emblemático da atuação do Cimi no campo da saúde indígena, não apenas pelo fato de grande parte de seu conteúdo ter sido incorporada na proposta final da conferência, mas também pelo contexto de sua produção, isto é, o 5º Encontro Nacional de Saúde do Cimi, realizado poucos dias antes da CNPSI. Além disso, o texto foi publicado integralmente em 1988 na edição especial A Saúde do Índio da revista *Saúde em Debate*, do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), que reuniu os textos elaborados para a CNPSI com vistas a apresentar "trabalhos de caráter técnico e proposições para o estabelecimento de uma política de saúde para as populações indígenas" (Cebes, 1988: 5).

No periódico, o pequeno texto de duas páginas[2] é ilustrado por duas fotografias de um acampamento indígena do sul do Brasil, remetendo à questão da falta de terra, e integra, junto com o texto apresentado pela UNI, a primeira parte da publicação, "As Entidades e a Problemática da Saúde Entre as Nações Indígenas", organizada com a função de falar "especificamente sobre as orientações/ações de uma política de saúde junto aos índios necessária para os indígenas, mas também por eles e por determinados setores da sociedade brasileira desejada" (Cebes, 1988: 2).

Na seção introdutória do texto, trata-se da necessidade de se garantir a "integridade do território ocupado" pelas comunidades indígenas, exaltando-a como a "ação" mais "concreta" em prol de suas "sobrevivências e do respeito às especificidades culturais". As "comunidades indígenas" são definidas como um "setor sociocultural" e como povos que se distinguem entre si e em relação à "sociedade autodefinida como nacional". A medicina tradicional aparece como importante tema a ser valorizado e pesquisado, e reconhecida como um conhecimento útil também aos não índios. O processo colonizador é denunciado como "etnogenocídio", e o débito

histórico da sociedade nacional para com os povos indígenas é cobrado, evocando-se a "necessidade do Estado brasileiro e da sociedade nacional" reconhecerem o Brasil como um "país pluriétnico" e os povos indígenas como "parte integrante" do que se denominava "comunhão nacional" (Cimi, 1988: 10).

Na segunda seção do texto, "Situação atual", é apresentada a contradição entre a situação jurídica e a realidade vivenciada pelos povos indígenas. São mencionados o artigo 20 da convenção 107 da Organização Internacional do Trabalho, destacando-se a determinação de que a organização dos serviços de saúde deveria ser "baseada no estudo sistemático das condições sociais, econômicas e culturais das populações interessadas"; o artigo 4º da Constituição de 1967 (lei n. 5.371, de 5 dez. 1967), que atribuía a responsabilidade da saúde indígena à Funai; e também o artigo 54 do Estatuto do Índio (lei n. 6.001, de 19 dez. 1973), segundo o qual "os índios têm o direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional". Por fim, considera-se que embora a legislação indigenista possibilitasse, por parte da Funai e demais organismos governamentais, um tratamento que respeitasse a especificidade dos grupos indígenas, a realidade era diferente em razão do despreparo dos órgãos competentes.

Na última seção, "Proposições", em acordo com a ideia preliminarmente expressa de que o aparecimento de doenças nas populações indígenas seria o primeiro reflexo de uma "desestruturação" causada pela invasão e pela falta de garantia de sua "integralidade territorial", são apresentadas as suas proposições, aqui resumidas: 1) demarcação de terras; 2) respeito à diversidade étnica e cultural; 3) participação dos indígenas na gestão dos serviços de saúde prestados pelo Estado; 4) respeito à medicina nativa; 5) participação de representantes dos povos indígenas, do órgão indigenista oficial e das entidades civis de apoio à causa indígena em todas as instâncias do Sistema Nacional de Saúde (SNS), os conselhos Nacional, Estadual, Regional, Municipal e Local de Saúde; e 6) criação de

> uma Secretaria Técnica Federal Indígena, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde e composta por técnicos (médicos, sanitaristas, nutricionistas e antropólogos) escolhidos pelos representantes dos povos indígenas, do órgão indigenista oficial e das entidades indigenistas da sociedade civil, que teria como atribuição básica subsidiar as instâncias decisórias para que suas deliberações sejam tecnicamente adequadas à realidade indígena. (Cimi, 1988: 11)

A proposta final da conferência incorporou praticamente todas as proposições feitas pelo Cimi, as quais também faziam parte da proposta da UNI, tendo ficando fora de seu escopo apenas a criação de uma secretaria técnica. Entretanto, não obstante essa aparente relevância da atuação do Cimi no debate que desencadeou a formulação do subsistema de saúde indígena – senão diretamente pela contribuição técnica, certamente de forma indireta por meio do apoio a lideranças

e organizações indígenas que foram fundamentais para as conquistas das políticas públicas de saúde indígena (Ramos, 1998; ver o capítulo de Magalhães nesta coletânea) –, os únicos trabalhos que exploraram as ações do Cimi no campo da saúde foram publicações da própria entidade (Versiani, 1988; Altini *et al.*, 2013). Os estudos mais consistentes sobre o Cimi abordam a sua relação com a política e o movimento indígena (Belleau, 2014; Lacerda, 2007; Matos 1997), ao passo que muitos outros trabalhos focalizam sua história ou fundamentação teológica (Suess, 1989; Fioravanti, 1990; Rufino, 2002; Prezia, 2003; Romani, 2003; Teixeira, 2008; Simões, 2016; Campos, 2010), havendo também estudos etnográficos que abordam a entidade na perspectiva da presença da Igreja católica entre os povos indígenas (Shapiro, 1987; French, 2007; Novaes, 1993, entre outros). Nenhum deles, entretanto, dirigiu atenção especial à atuação do Cimi no campo da saúde, e na historiografia da saúde indígena (Verani, 1999; Confalonieri, 1989; Athias & Machado, 2001; Figueiroa, 1993; Doimo & Rodrigues, 2003; Funasa, 2009; Garnelo, 2014; Teixeira & Dias, 2013; Benevides *et al.*, 2014; entre outros) o Cimi tampouco é evidenciado, não obstante muitos desses autores terem sido consultores e/ou assessores dos encontros e cursos de Saúde realizados pela entidade.

Nos estudos reunidos nesta coletânea, entretanto, registra-se ampla e importante atuação do Cimi. No capítulo "Dos organismos às organizações: a estruturação do DSEI Leste Roraima e as mobilizações em torno da saúde indígena" identifica-se o papel da atuação missionária na implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena Leste RR. No capítulo "A *emergência* do Distrito Sanitário Yanomami: uma análise sociopolítica" evidencia-se o uso de dados produzidos pela entidade na promoção da causa Yanomami. E num sentido parecido caminham os capítulos "Estatísticas de resistência e os horizontes da saúde indígena na ditadura militar" e "O direito à terra, o direito de ir e vir: saúde e movimento indígena a partir da década de 1970".

Aqui, optei por lançar luz sobre a atuação do Cimi no campo da saúde indígena a partir de um estudo da formação do seu setor de saúde. A investigação recupera as reflexões realizadas pelo Cimi para o campo da saúde desde a sua criação, em 1972, até 1986, quando participa da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Considerando, porém, que sua participação nesse evento é entendida pelo próprio Cimi como resultado especial dos encontros nacionais de Saúde, que teriam representado "um importante espaço de discussão e troca de experiências" (Altini *et al.*, 2013: 5), na pesquisa privilegiei a documentação gerada por tais eventos.

Antes, porém, de nos aproximarmos dessa documentação, considero necessário recuperar alguns elementos estruturantes da criação do Cimi, os quais nos permitirão compreender as bases para as suas reflexões e ações sobre a saúde indígena, em especial sua aproximação com movimentos críticos do complexo médico-industrial promovido pela sociedade capitalista e com outros setores atuantes na formação da política de saúde indígena.[3]

Da missão que salva almas à missão que salva povos

> O problema das terras dos índios tem aparecido com frequência nos órgãos de opinião pública, não raro suscitado por denúncias dos missionários ou do Cimi. Generaliza-se a convicção entre os missionários de que a defesa da terra dos índios constitui elemento integrante da própria evangelização e fundamento de credibilidade. Sem suas terras, não podem os povos indígenas sobreviverem e tampouco serem evangelizados. Sem suas terras, não poderão ser salvos como povos. (CNBB, 1978b: 9-10)

A criação do Cimi tem sua origem no esforço feito pelas pastorais indigenistas do Brasil para receber e divulgar as mensagens de atualização e abertura da Igreja aventadas pelo Concílio Vaticano II (1962-1965) (CNBB, 1972; Prezia, 2003). Com a Igreja buscando se inserir na realidade da época, nos documentos produzidos pelo Concílio II procurou-se romper com as heranças ideológicas do império romano e do sistema colonial e defendeu-se que sua missão começava fora dos muros, entre aqueles que viviam à margem da sociedade.

Setores progressistas do Vaticano que aderiram a esse projeto de descolonização da Igreja renunciaram às insígnias, liturgias e estruturas de administração imperiais que haviam sido assumidas pelo cristianismo pós-império romano e transformadas em "sinais mágicos da violência" (Suess, 2013). No que tange aos povos indígenas, os missionários pós-conciliares refutaram as práticas tradicionais de catequese (como os internatos e o batismo) e adotaram uma evangelização fundada nas noções de encarnação e, depois, inculturação.

A inculturação surge como instrumento de uma evangelização libertadora, fundada na reciprocidade, na conversão mútua entre agentes e destinatários da missão e no protagonismo dos índios como "vítimas" e "sujeitos" de sua própria história. Entre outras coisas,

> a evangelização exige: uma atenta escuta do índio em sua cultura e como protagonista da sua própria libertação levando em conta o dinamismo e a fisionomia de cada grupo indígena. (...). É um encontro que exige a permanente conversão tanto de quem evangeliza como do evangelizado. (CNBB, 1978a: 22)[4]

No Brasil, essa experiência de evangelização encarnada/inculturada dos indígenas foi iniciada pelas Irmãzinhas de Jesus em 1963 entre os Tapirapé na ilha do Bananal e depois disseminada por voluntários da Operação Anchieta (Opan), entidade missionária de forte influência jesuíta então recém-criada, em 1969, por estudantes de teologia de São Leopoldo, RS, entre os quais Egydio Schwade, Thomaz de Aquino Lisbôa e Paulo Suess (Rebollar, 2013), futuros membros do Cimi.

No início da década de 1970 as graves denúncias contra a ação das missões religiosas feitas na Declaração de Barbados[5] e a tramitação na Câmara dos Deputados do projeto de lei do Estatuto do Índio, o qual continha "alguns pontos perigosos" que poderiam "redundar em sérios prejuízos para os grupos tribais ou no anestesiamento das atividades das missões religiosas" (Novo..., 1972), foram elementos centrais para a criação do Cimi e para a definição de suas primeiras ações.

Foi nesse contexto que, em abril de 1972, no 3º Encontro de Estudos sobre a Pastoral Indígena, o Cimi foi criado como órgão oficioso da CNBB (Prezia, 2003; Teixeira, 2008). De acordo com dom Henrique Fröehlich, padre considerado conservador pelos órgãos de vigilância do governo, a pressão dos bispos e padres presentes naquele encontro por uma evangelização "específica", sensível ao "conhecimento antropológico", somada à decisão dos representantes da Missão Anchieta (como o próprio H. Fröehlich) de formar uma pastoral indigenista, levou a CNBB a "aceitar" o Cimi como "pastoral oficiosa" (Fröehlich, 1992).

As inovações do Concílio II foram significativas, mas também polissêmicas e não obrigatórias, permitindo que a pastoral do Cimi coexistisse com pastorais pré-conciliares (Suess, 2013) e, especialmente, que a entidade fosse, de início, presidida por representantes da ala conservadora da Igreja: o padre salesiano Ângelo Venturelli, coautor da famosa *Enciclopédia Bororo* (1962), foi eleito presidente e o padre verbita José Vicente Cesar, que acompanhou a Missão da Cruz Vermelha em 1970 como representante do governo brasileiro (Valente, 2017), foi escolhido como secretário.

Nos jornais da época, o Cimi era apresentado como "órgão oficioso" da CNBB incumbido de representar "as missões em assuntos jurídicos em relacionamentos com a Funai e outros órgãos governamentais, religiosos ou científicos" e de velar pela "formação de novos missionários e pela preservação cultural indígena" (Novo..., 1972). Dom Aloísio Lorscheider reconhecia a ruptura com o modelo tradicional de evangelização, destacando que o Cimi se constituíra a partir de uma "revisão dos fundamentos básicos de ação teológica, antropológica e pastoral" e da elaboração de um diretório indígena, aproveitaria "grande parte do trabalho já realizado pela Missão Anchieta" em Mato Grosso e ficaria a cargo do padre jesuíta Adalberto Holanda Pereira e do padre Ângelo Venturelli (Novo..., 1972). Não sabemos se esse documento foi concluído, mas aquele que serviria de base e fora redigido em 1969 pelo padre Adalberto Pereira, com a finalidade de "propor sugestões aos missionários para o trato imediato com os índios", dedica algumas linhas ao tema da higiene, alimentação e saúde, externando a ideia de que o índio "desconhece o mundo microscópico" e por isso é despreocupado com a limpeza, sensível à mudança alimentar e "afeito ao curandeirismo e às medicinas caseiras", as quais teriam "um valor real para verdadeiras curas" (Pereira, 1969: 2).

A segunda reunião do Cimi, realizada em Coxipó da Ponte, MT, em 11 de agosto de 1972, foi dedicada à redação final do anteprojeto do Estatuto do Índio, que, elaborado em suas linhas gerais pelo padre José Vicente Cesar e pelo dominicano dom Tomás Balduíno, era apresentado como "uma colaboração da Igreja Missionária do Brasil aos trabalhos do Legislativo, em defesa do índio e dos direitos dos missionários" (CNBB, 1972: 4). Nesse documento está registrada a primeira proposição da entidade para a saúde indígena. Em conformidade com o texto final aprovado, no anteprojeto do Cimi determinava-se que "Os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunidade nacional", devendo ser a eles assegurada "especial assistência dos poderes públicos", mas se previa que esse atendimento fosse realizado "em estabelecimentos construídos de preferência dentro do território tribal" e que no caso de "epidemias que põem em risco a vida ou o equilíbrio do grupo, os órgãos governamentais deverão prestar socorro e assistência em caráter prioritário e urgente" (Cimi, 1972: 12).

O 1º Curso para Missionários – Região Norte (12–24 fev. 1973, Manaus) incluiu aulas sobre "noções de medicina" dadas pelo padre salesiano Casimiro Beksta (1924–2015), que desde 1951 atuava na Prelazia do Rio Negro, AM, e ficou conhecido por seus estudos linguísticos e mitológicos. No mesmo ano, no 4º Encontro de Estudos para Missionários (11–17 nov. 1973, Brasília) também se ofereceram "noções de medicina", mas dessa vez transmitidas pela irmã dominicana dra. Nivea Padim, que atuava em Conceição do Araguaia, TO, na Congregação das Irmãs Dominicanas de Monteils, entidade fortemente comprometida com a docência e assistência no campo da saúde (Padim, 2016).

Nesse primeiro ano de existência, esse conselho dirigido por "especialistas na questão indigenista" resumiu suas atividades ao estudo do Estatuto do Índio e "deixou a ação e causa dos missionários cair na estagnação" (Schwade *apud* Rebollar, 2013: 58). Em meados de 1973, após a mudança de regimento interno que criou a função de secretário executivo assumida por Egídio Schwade e as primeiras contribuições financeiras da organização católica Adveniat, iniciaram-se as ações programáticas do Cimi (CNBB, 1973).

Egydio era um dos fundadores da Opan e, ao lado do revolucionário padre Antônio Iasi, deu início ao programa definido pelos conselheiros, que previa a "criação de regionais indígenas que propiciasse a concretização de uma assembleia real e representativa da causa indígena" (CNBB, 1973; Schwade, 2015). Para tanto, montou uma equipe volante composta por voluntários leigos (oriundos da Opan) e um plano de encontros da Pastoral Indigenista, que visando à organização das unidades regionais do Cimi e ao "levantamento da situação dos índios do Brasil", deram origem aos encontros de Chefes Indígenas (Schwade, 2015), desenvolvidos com o objetivo de "propiciar aos chefes indígenas a oportunidade de se conhecerem e de falarem com toda a liberdade, sem nenhuma pressão, sem orientação alguma

de fora", de serem "eles mesmos, os sujeitos do encontro, os examinadores de seus problemas, os que haveriam de encontrar as soluções". O primeiro desses encontros ocorreu em Diamantino, MT, em abril de 1974 (CNBB, 1974).

A 1ª Assembleia Nacional do Cimi, em junho de 1975, definiu que as linhas de ação da entidade orbitariam em torno de três temas: autodeterminação, terra e cultura. A partir daí o secretariado procurou dinamizar a assessoria direta aos índios e missionários e, obedecendo aos "critérios de solicitação e da maior urgência", enviou a equipe volante para a Prelazia de Diamantino, para a região da estrada Vilhena-Dardanelos, para a Missão Bororo de Meruri, para a Regional Sul, para o Acre, para Roraima e para a ilha do Bananal e suas vizinhanças (Cimi, 1977b).

O engajamento dos missionários leigos da Opan nas questões jurídicas e sua postura denunciativa contra a Funai e o grande capital dividia o clero católico e provocou a saída do padre Vicente Cesar, que discordou dos rumos políticos tomados pelo Cimi. Com a saída do padre Vicente Cesar, os cursos de formação, até então assessorados pelos principais nomes da antropologia teuto-brasileira – Herbert Baldus, Egon Schaden e Thekla Hartmann –, afastaram-se dessa antropologia salvacionista e aproximaram-se da antropologia da ação e do indigenismo.

Nos cursos de indigenismo do ano de 1977[6] os missionários explicitaram os problemas enfrentados no tocante ao atendimento de saúde. No ano seguinte, como sugestões do 4º Curso de Indigenismo (janeiro de 1978, Manaus), que teve Darcy Ribeiro como assessor (Entrevista de Renato Athias, 2018), surgiram as primeiras diretrizes gerais para as ações no campo da saúde: 1) Criação de ambulatórios nas aldeias com medicamentos para as doenças regionais mais comuns; 2) Cuidado com a educação preventiva (fossas, filtros para água); 3) Vacinação feita de maneira racional e fornecimento de medicamentos pelos órgãos públicos segundo exigências locais; 4) Estímulo à formação de monitores de saúde entre os próprios indígenas; 5) Valorização da medicina indígena; e 6) Colaboração com órgãos responsáveis e atuantes de cada região para realizar pesquisas e cursos sobre a medicina indígena.

A partir de 1978, ano limite estabelecido no Estatuto do Índio para a demarcação das terras indígenas, mas também de realização do 2º Encontro de Barbados e, especialmente, de mobilização contra o projeto de emancipação do índio, as iniciativas de articulação e comunicação do Cimi ganharam novos parceiros (ver capítulos de Magalhães e de Guimarães e Santos nesta coletânea). Na área da saúde, o Cimi decidiu agir como fizera "com outros problemas" e, contando com a "ajuda de alguns peritos", organizou o 1º Encontro sobre a Saúde Indígena com o objetivo de ajudar os missionários a "devolver aos povos indígenas o domínio do setor saúde e também caminhar para uma política mais ampla neste sentido" (Brand, 1978).

Alguns missionários sentem necessidade de buscar novos caminhos e iniciar experiências pioneiras na linha da saúde indígena. Começam a valorizar a medicina indígena, os conhecimentos que essas comunidades acumularam. Per-

cebem os prejuízos que a "medicina do branco" traz para os índios, especialmente a dependência total do branco neste setor que é básico para a sobrevivência do índio. E vai ficando cada vez mais claro para os missionários e para o Cimi que, em um trabalho voltado para a real autonomia e autodeterminação dos índios, é importantíssimo procurar devolver a eles também o domínio sobre a medicina e sobre os remédios etc. (Brand, 1978).

Embora o Cimi tenha surgido de um movimento de ruptura com a evangelização tradicional, a experiência das pastorais no campo da saúde foi decisiva para o desenvolvimento de seu setor de saúde e seu alinhamento com práticas médicas que surgiram a partir de 1950 como alternativas ao processo de medicalização, tais como a medicina integral, a medicina preventiva e especialmente a medicina comunitária, que tinha a "pobreza" como objeto primordial e enfatizava o "princípio da 'participação comunitária' como forma de superação dos problemas sociais" (Donnangelo & Pereira, 1976: 73-75).

Veremos agora como essa reflexão foi iniciada e conduzida pelo setor de saúde e como, através dela, o Cimi se aproximou do movimento sanitarista.

Demarcação de terras como prevenção: 1º Encontro Nacional de Saúde

Com o objetivo de pensar a questão dos atendimentos de saúde nas áreas indígenas de atuação do Cimi, o 1º Encontro de Saúde Indígena (21-23 abr. 1978) foi realizado em Goiânia, GO, tendo sido convocado por dom Tomas Balduíno. Para ele foram convidados alguns missionários da região de Mato Grosso e Goiás e também alguns médicos do Hospital São Pio X (Ceres, GO), entre os quais o sanitarista Gil Santini Pinto e a ginecologista Albinear Plaza Pinto, que fez parte do conselho consultivo do Cebes. No começo da década de 1970, Gil e Albinear iniciaram no São Pio X um

> novo modelo de hospital, base de discussões e análises do sistema de saúde pública nas comunidades indígenas e pobres. Valorizando os saberes populares nesta área, ajudaram a repensar o atendimento médico e até a iniciar, junto com muitas outras experiências semelhantes, uma etnomedicina, mais humana e eficaz que de certa maneira "contagiou" o pensamento e as práticas do sistema de saúde até então vigentes. (Schwade & Schwade, 2009)[7]

Ainda de acordo com Egydio Schwade, esse casal de médicos, junto com a equipe do dr. Antonio do Hospital São Pio X, preparou "um bocado de pessoas da Opan e do Cimi, leigos e religiosos e religiosas, treinando-os, dando pequenos

cursos de saúde para ocuparem as áreas indígenas do Cimi, principalmente da Opan, na Amazônia" (Entrevista de Egydio Schwade, 2020). No Curso de Saúde Pública que, idealizado por voluntários da Opan, seria realizado pela Pastoral da Saúde da Prelazia de Diamantino em meados daquele mesmo ano (Brand, 1978; Pastoral da Saúde, 1978; Nascimento, 2000), os conceitos de saúde e doença foram abordados na perspectiva da medicina integral, em que o aspecto exclusivamente biológico não seria suficiente para defini-los, pois não comportaria os outros níveis da "totalidade humana", como o "ambiente físico e social que rodeia o homem". Nessa perspectiva, a potência de um "agente etiológico como causador de doença" estaria diretamente relacionada a "fatores socioeconômicos" e sua estabilidade dependeria sempre de uma "população subdesenvolvida". O curso propunha uma "boa convivência" entre a "medicina científica" e a "medicina popular", baseada no entendimento de que era necessário "integrar, quando possível, as contribuições de ambas, levando sempre em consideração os fatores culturais, sociais e econômicas da população" (Pastoral da Saúde, 1978).

Sabemos pela documentação existente que o 1º Encontro Nacional de Saúde partiu da "situação atual de saúde" dos povos indígenas para definir os "objetivos" e as "linhas de ação" do setor de saúde do Cimi. Com relação à situação de saúde dos índios concluiu-se, com base nos relatos apresentados, que o uso de pesticidas e os projetos de desenvolvimento causavam destruição do meio ambiente, que a redução populacional era decorrência "de epidemias de doenças introduzidas pelos brancos, (...) e que as doenças mais comuns poderiam ser evitadas com medidas de saúde pública, como as vacinas". Mas também que "Por outro lado, certos grupos que tiveram uma assistência contínua de saúde, sua *terra demarcada*, outros meios de subsistência garantida e sua cultura valorizada, apresentaram um *crescimento populacional importante*" (Cimi, 1978: 1, destaques meus).

Com relação aos "objetivos da ação", foi definido que todo o trabalho com as comunidades indígenas na área da saúde deveria ser norteado pelo princípio fundamental de "que o índio assuma a sua história quanto à saúde" e determinou-se o compromisso de: 1) manter e aperfeiçoar a assistência médica existente (incentivando o uso da medicina indígena e otimizando a parte técnica); 2) implementar e reforçar o trabalho em outras áreas determinantes da saúde, tais como posse de terras, alimentação, escoamento de produção artesanal; 3) buscar a "conscientização do índio e dos missionários"; 4) considerar e atender a população envolvente sempre que possível, tendo "em vista a saúde do índio"; 5) veicular informações sobre questões de saúde; 6) buscar entrosamento entre órgãos e missões (Cimi, 1978: 2).

Em consonância com o objetivo principal foram traçadas várias linhas de ação, entre as quais a criação de "equipes de apoio em nível regional" e uma "equipe de assessoria de saúde a nível nacional" (Cimi, 1983: 3). As "equipes de apoio regionais" seriam escolhidas por suas respectivas unidades regionais, devendo

ser formadas por pessoas conhecedoras da área ou de instituições que pudessem "responder às solicitações e necessidades imediatas dos missionários, em todos os sentidos (medicamentos, internações, informações sobre condutas em saúde etc.)" e também "supervisionar e se responsabilizar pela orientação da assistência médica prestada pelos que estão na área". A equipe nacional, por sua vez, seria criada para identificar a literatura sobre o tema e compilar dados sobre a saúde e medicina indígena para fins de divulgação (Cimi, 1978: 3).

Como providência imediata, decidiu-se pela elaboração de projetos que levassem em conta os recursos oficiais e garantissem a "assistência médica" aos "problemas mais graves". Entre tais projetos, havia os de vacinação para prevenir "epidemias de sarampo e coqueluche", por exemplo; apoio nutricional para casos emergenciais; borrifação, exames e medicação específicos para combater a malária; controle da tuberculose feito por pessoa do Serviço Nacional de Tuberculose (via "entrosamento"); aplicação de flúor para prevenir problemas dentários; e, por fim, a remoção de doentes em estado grave (Cimi, 1978).

Nesse encontro também se discutiu a questão da falta de preparo da equipe que trabalhava na área de saúde e a necessidade de adaptar os cursos de atendente de enfermagem à realidade indígena, e se planejou a realização de cursos e pesquisas sobre a medicina indígena. Esses cursos seriam dirigidos aos índios e missionários, com a proposta de promover a "troca de conhecimentos" entre os participantes e a reflexão sobre "a saúde em seus aspectos médicos, pedagógicos, ecológicos, culturais, pastorais e políticos" (Cimi, 1978). O programa seria definido pelos participantes, que responderiam previamente a um questionário sobre medicina indígena, a fim de fornecer dados que pudessem ser compilados (pela futura equipe nacional) e servissem de subsídio ao curso planejado.

Medicina comunitária e formação de agentes indígenas: 2º Encontro Nacional de Saúde

No ano seguinte, 1979, o setor de saúde do Cimi acompanhou o 1º Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (1º Enemec), realizado em Lins, SP, pelo Instituto Paulista de Promoção Humana (IPPH)[8] e pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. O encontro reuniu mais de trezentos profissionais e agentes da saúde e sua programação procurou evidenciar as contradições da área da saúde, atentando para as propostas da medicina comunitária, que conferiam destaque à figura do "agente popular de saúde", à participação das populações atingidas e ao controle das ações de saúde pela comunidade. Entre os objetivos do 1º Enemec estavam a troca de experiências entre os

participantes, visando à "união dos esforços isolados", à valorização da figura do "agente de saúde" e à sua formação na comunidade (Cimi, 1980). De acordo com Doimo e Rodrigues (2003: 112-123), isso significava "nada menos do que a incubação do Programa de Saúde da Família e da profissionalização do agente de saúde".

O Cimi também participou do 2º Enemec, realizado em 1980 em Recife, PE, com o *slogan* "Saúde: uma conquista popular".[9] Tendo como subtemas o diagnóstico de saúde da população e a formação prática, esse evento alimentou o reconhecimento da saúde como uma "luta popular específica, como móvel de ação política", e sua realização está, assim, vinculada ao surgimento do Movimento Popular de Saúde (Mops) no Brasil, oficialmente criado em 1981, no 3º Enemec, como fruto do empenho do Centro de Educação Popular do Instituto Sedes Sapiental (Cepis), que tinha como integrante o dominicano frei Beto (Costa, 1999 *apud* Santos, 2009).

O 2º Encontro sobre Saúde Indígena foi realizado em Cuiabá, MT, de 28 a 31 de julho de 1981, e contou com a participação de 32 pessoas, entre as quais o médico Rubens Beluzzo Brando (1952-1982), que fez uma apresentação sobre seus últimos trabalhos realizados no interior de São Paulo (Brando, 1985), e Paulo E. Fernando, representante do Enemec que ali esteve convocando os presentes para participarem do 3º Enemec como representantes da causa indígena.

Este segundo encontro foi programado pelo setor de formação do Cimi com a "finalidade específica de organizar o setor de saúde indígena e consequentemente viabilizar os meios para a capacitação dos agentes de saúde que atuam junto às populações indígenas"[10] e foi financiado pela Fundação Josephine Nefkens, por intermédio da Cebemo, entidade holandesa ligada à Igreja que apoiava projetos de desenvolvimento comunitário. Sua preparação incluiu o envio de uma ficha de inscrição e de uma ficha padrão para o levantamento de dados de saúde nas aldeias, e padre Iasi abriu o evento explicitando seu objetivo central: "Estabelecer linhas de ação sobre como atender os índios na área de saúde com um menor prejuízo para eles no sentido de preservação de sua cultura e de seus valores em torno da saúde" (CNBB, 1981: 6).

Nesse contexto foram indicados os nomes para compor a equipe nacional, que deveria ser formada por um médico, um antropólogo, um representante indígena e um agente de saúde. Para compor esse quadro foram escolhidos o médico Antônio José de Araújo, do Hospital Pio X, que já há alguns apoiava as ações de dom Tomás Balduíno entre os Tapirapé e Karajá; o "atendente de saúde" guarani Marçal de Souza[11] (Posto Indígena Aldeia Campestre, MS); Silvia Gasperim Bonotto e a enfermeira Mirthes Versiani do Anjos,[12] que na época trabalhavam em Mato Grosso entre os Karajá e os Tapirapé, como agentes de saúde, titular e suplente, respectivamente. O antropólogo seria escolhido posteriormente em reunião do Conselho do Cimi, após ouvidas as sugestões das unidades regionais (Cimi, 1983).

As propostas de trabalho trazidas pelos participantes desse encontro recaíram principalmente sobre a "assessoria nacional", que teria as funções gerais de "desenvolver um programa de medicina preventiva a nível nacional, estabelecendo vínculos com organismos de proteção ao meio ambiente e pressionando os órgãos oficiais" e "preparar agentes de saúde para que estes interfiram o mínimo possível na cultura indígena". A assessoria nacional deveria também traçar um programa de atendimento aos agentes de saúde baseado no levantamento das doenças mais comuns, preocupando-se em fazer com que "o enfermeiro indígena seja uma função social no grupo, e não uma profissão, que se torna um elemento desagregador". Por outro lado, deveria também "desenvolver campanha de divulgação da causa indígena dentro das escolas médicas" e "elaborar e coordenar campanhas de combate às doenças comuns a todos os regionais" (Cimi, 1981: 1).

Os agentes de saúde, por sua vez, deveriam "continuar e reforçar o incentivo e apoio na sua luta pela terra e pelos meios de sobrevivência" e "valorizar a medicina indígena, incentivando os pajés e curandeiros a exercê-la e transmiti-la, como faziam desde os tempos imemoriais" (Cimi, 1981: 2).

No ano seguinte, a unidade regional de Mato Grosso realizou os primeiros cursos voltados para formação de agentes indígenas (Porantim, 1982). Até dezembro de 1982, porém, a equipe de assessoria nacional "teve sua atividade limitada pela falta de uma pessoa que pudesse percorrer os regionais". Foi somente após a escolha e aprovação do nome de Ernilda Souza do Nascimento[13] como "elemento liberado em tempo integral" para visitar as unidades regionais que se iniciou a realização das "atividades já encaminhadas anteriormente". Formada em ciências biológicas e com especialização em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Ernilda Nascimento trabalhava desde 1974 no Hospital São Pio X, apoiando o trabalho das Irmãzinhas de Jesus nas aldeias Tapirapé e Karajá e o treinamento de agentes de saúde não indígenas, principalmente da Opan (Entrevista de Ernilda Souza do Nascimento, 2018). Na sua visão, essa formação de sanitarista, com foco nas ações preventivas mais do que curativas, lhe serviu para não se confrontar "com a prática da maioria dos missionários nas aldeias, que era a prática da medicina alopática" (Nascimento, 2000: 11).

"Novos rumos para a saúde indígena": 3º Encontro Nacional de Saúde

Em maio de 1983 a equipe nacional reuniu-se em Dourados, MT, e concluiu que algumas tarefas que no 2º Encontro de Saúde haviam sido designadas para a assessoria nacional se mostravam inviáveis, como, por exemplo, "desenvolver

programa de medicina preventiva a nível nacional", "elaborar e coordenar campanhas de combate as doenças comuns a todos os regionais" e realizar o encontro de representantes das coordenações regionais de saúde naquele ano (Cimi, 1983).

A demanda mais imediata dessa reunião era a elaboração do texto "Em busca de novos rumos para a saúde indígena", que foi assinado por Ernilda Souza do Nascimento, enviado como comunicado aos representantes das unidades regionais presentes na 5ª Assembleia Geral do Cimi (Nascimento, 1983b), realizada em julho daquele mesmo ano, e posteriormente publicado no número 56 do jornal *Porantim* (Nascimento, 1983c). No comunicado, Ernilda Nascimento lamenta o fato de haver pouco conhecimento produzido sobre medicina indígena, mas indica que algumas reflexões promovidas pelos encontros do Cimi e pelas pesquisas e diagnósticos realizados por médicos da Escola Paulista de Medicina (com destaque para Rubens Belluzo Brando, João Botelho Vieira Filho, José Gilberto Henrique Vieira e Neil Ferreiro Novo) estariam lançando luz sobre a realidade da saúde indígena (Nascimento, 1983b). A autora também destaca dois elementos que considerava fundamentais para se empreender qualquer trabalho de saúde: o conhecimento da área e do povo em questão e a compreensão de que o trabalho de saúde não poderia pretender apenas "não deixar morrer o doente", sob risco de promover uma dependência irreversível desses povos em relação "aos nossos medicamentos e às nossas formas de tratamento". A promoção da medicina indígena e a realização dos cursos para atendentes indígenas de saúde, entretanto, não deveriam antagonizar-se com a medicina científica. Amparando-se em uma declaração do médico João Botelho, Ernilda Nascimento explica que não propunha a "devolução pura e simples da medicina indígena", pois isso "seria desconhecer o estágio atual de contatos e contaminação das mais variadas doenças deixadas como herança a estas populações imunologicamente desprotegidas" (Nascimento, 1983c: 12).

Por fim, Nascimento identifica a situação de saúde dos povos indígenas como "parte integrante de um processo político e econômico muito mais amplo onde (...) a posse de terra é um fator determinante", mas faz seu alerta: "se queremos ajudar esses povos e essas comunidades a reconquistarem ou fortificarem sua força moral e social, a se identificarem como povo e como tal lutar por seus direitos e autodeterminação, o aspecto SAÚDE não pode ficar esquecido" (Nascimento, 1983c: 12).

A "opção pela valorização e incentivo da medicina nativa" como estímulo à "autodeterminação dos povos indígenas no campo da saúde" foi reafirmada no 3º Encontro de Saúde (1-4 fev. 1984), realizado em Fátima de São Lourenço, MT, com a equipe nacional desfalcada de Marçal de Souza, que fora assassinado em novembro do ano anterior, e de Silvia Bonotto, que se retirou da equipe e foi substituída pela médica naturalista Sandra M. Cardoso Barbosa (Cimi, 1984a).

Os participantes do encontro enfatizaram que, para "devolver à comunidade o controle da saúde", seria necessário "combater a resistência à medicina natural" (dos agentes não indígenas) por meio de sua valorização, "fazer uso equilibrado da medicina não indígena", treinar agentes não indígenas e incentivar encontros intertribais visando à troca de experiências (Cimi, 1984a: 1).

Outras ações voltadas para a sociedade envolvente objetivavam a sensibilização para a problemática indígena por meio de informação e denúncia, a fim de promover as "alianças entre índios e oprimidos, contando com a colaboração de movimentos e organizações, tais como Cebes, sindicatos e outros" (Cimi, 1984a: 2). Para os casos de epidemias as propostas incluíram, além das denúncias, a identificação de pessoas que pudessem prestar apoio direto às unidades regionais, as quais teriam, diante da omissão da Funai, a missão de "debelar o surto". Para o Cimi Norte II foram designados alguns médicos do Instituto de Medicina Tropical de Manaus, entre os quais Marcos Barros, que após participar da 6ª Assembleia Nacional do Cimi (1985) com uma apresentação sobre "A dimensão política da saúde", tornou-se assessor de saúde da Regional MT (Versiani, 1988).

A "história também se faz com dados": 4º Encontro Nacional de Saúde

O 4º Encontro de Saúde, também realizado em Fátima de São Lourenço (16-21 jan. 1986), manteve "opção pela valorização e incentivo da medicina nativa" afirmada nos encontros anteriores, mas procurou "conquistar e assumir novos espaços", indicando a coleta de dados (em âmbitos local e regional) como imprescindível a um "planejamento mais eficiente":

> Nesta fase em que a política nacional de saúde atravessa um momento histórico dentro do contexto nacional, é importante que lutemos por um espaço dentro da mesma, para não corrermos o risco de ver mais uma vez os povos indígenas alienados da questão, e sem nenhum poder de decisão sobre o seu destino. (Cimi, 1986a: 11)

Após uma exposição sobre as ações de valorização da medicina indígena executadas nas unidades regionais (basicamente plantio de ervas medicinais e conscientização sobre os "perigos do uso indiscriminado da medicina industrializada") e de um levantamento dos problemas específicos de cada área (mudança alimentar, contágios, aculturação), os quais em última instância apontavam para a falta ou invasão de terra, deu-se especial atenção à necessidade do levantamento de dados, "uma vez que a dificuldade de se realizar um estudo estimativo da situação

de saúde e doença nas áreas se devia à falta de notificação sistemática dos dados". Na apresentação sobre esse tema defendeu-se a importância dos "dados coletados cientificamente" para "o planejamento de saúde, tratamento das doenças, avaliação e aperfeiçoamento de programas médicos sanitários" e sobretudo para "as denúncias e reclamações junto a órgãos públicos". Os "fatos vitais" (nascimentos, óbitos, abortos, natimortos e patologias prevalentes) seriam imprescindíveis para diversas iniciativas, desde os programas de saúde até a reinvindicação de posse de terra (Cimi, 1986a: 8-9).

Na apresentação feita nesse encontro preconizava-se o uso de "um método definido" que permitisse conclusões "representativas do assunto em causa" que pudessem "ser aplicadas a outros grupos populacionais". Também se forneceram noções básicas sobre a origem dos dados (se oriundos de questionários, ou compilados de materiais diversos e dispersos), estatísticas da população (caraterísticas e cuidados essenciais) e métodos usados (com fichas preexistentes ou questionários respondidos em domicílio).

Com relação à formação de agentes de saúde, foi reforçada a necessidade de tornar o agente indígena de saúde menos dependente dos órgãos oficiais e das próprias missões, mediante um "trabalho de consciência política e social de saúde aliado à revalorização da medicina nativa, quando então a comunidade indígena tomará as rédeas de sua própria saúde" (Cimi, 1986a: 10). No tocante ao agente não indígena, os problemas residiriam na sua desvalorização e despreparo, o que reforçava a importância dos cursos de saúde e indigenismo.

Nesse 4º Encontro de Saúde, a equipe reiterou as críticas aos grandes projetos e elaborou uma moção de apoio aos povos indígenas diante do "desencadeamento do processo desenvolvimentista (...) que tornava impossível a sobrevivência das nações indígenas" (Cimi, 1986a: 11). Como atividades planejadas foram definidas a inclusão da Política Nacional de Saúde nos cursos de indigenismo do Cimi; a realização de estágios práticos para agentes de saúde não indígenas; a contratação de Elaine Tapirapé para o trabalho de articulação das áreas indígenas (assessoria nacional) e a realização de um encontro de Saúde em cada unidade regional para programar a coleta de dados e promover a articulação regional.

Por uma saúde diferenciada: 5º Encontro Nacional de Saúde

O 5º Encontro de Saúde foi realizado de 15 de outubro a 1 de novembro de 1986, apenas alguns meses após o encontro anterior, em Ceres, GO, e caracterizou-se por um "alto teor político" em detrimento da "parte técnica" prevista no

programa. Segundo consta no relatório do encontro, isso se justificava "em virtude de ter ocorrido às vésperas da eleição para a Assembleia Nacional Constituinte, fato por demais relevante para o processo político em nosso país" e também de anteceder a Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, para a qual era preciso "preparar um documento à altura" (Cimi, 1986b: 3).

Além dos leigos e missionários participantes, o evento contou com a presença dos assessores técnicos internos – o padre e antropólogo João Safírio, que atuava entre os Yanomami; Sandra M. Cardoso, médica naturalista (Cimi RO); Paulo Machado Guimarães, assessor jurídico do Cimi Nacional; Egon Heck, secretário adjunto do Cimi Nacional – e de assessores externos – Maria José de Lima, enfermeira do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) no Rio de Janeiro; Manuel Cesário M. Paiva, pesquisador da Fiocruz que faria parte da relatoria da 8ª CNPSI; dr. Luiz e dr. Bruce, do Hospital São Pio X em Ceres, GO; e o casal Gil e Albinear Plaza Pinto (Cimi, 1986b).

A enfermeira Maria José de Lima, Zezé, falou sobre a Política Nacional da Saúde buscando explicar os motivos para a Reforma Sanitária e respondeu às perguntas dos participantes, que de modo geral procuravam entender quais seriam os efeitos da dita reforma para a saúde indígena, isto é, se haveria uma preocupação com as "diferenças culturais" ou se seria "mais uma tentativa de se integrar o índio na nossa sociedade" (Cimi, 1986b: 20). A resposta de Maria José, tal como transcrita no relatório, foi dada como um alerta:

> O pessoal que faz estes atos, no meu entender, está muito distanciado das questões indígenas. O índio está entrando pela pressão dos grupos organizados, e são estes grupos que têm que se articular para salvar a questão cultural e para não entrar na engrenagem. (Cimi, 1986b: 21)

Em meio a alguns questionamentos sobre a precária assistência médica prestada pelo hospital de Ceres, Maria José e Albinear explicaram a participação desta instituição nas Ações Integradas de Saúde (AIS) e seu papel na promoção da participação e controle popular, ressaltando ser necessário entender as AIS para se discutir a reforma.

Nesse debate sobre a Reforma Sanitária (RS) foi elencada uma série de problemas, evidenciando certa falta de aprofundamento no tema. Foram previstas dificuldades na implantação dos distritos sanitários e apontadas a "falta de compromisso dos profissionais com a saúde da população" e a falta de infraestrutura adequada para capacitação destes, além da "necessidade de integração docente e assistencial que não estaria prevista na RS". Mas sobretudo foi questionada a eficiência de uma RS executada sem que houvesse uma reforma agrária, tema que havia sido escolhido como prioritário na 6ª Assembleia Nacional do Cimi, e as consequências de se fazer essa discussão em um momento em que "era

necessário unir os interesses partidários". Em linhas gerais, para além de certa descrença na possibilidade de que a reforma fosse aprovada, os questionamentos evidenciavam desinformação sobre a sua implantação, gerenciamento, conteúdo, e certa desconfiança relacionada a seus eventuais usos políticos, o que levaria ao abandono dos "estudos e critérios técnicos" em favor de interesses partidários (Cimi, 1986b: 24-25).

A fim de refletir sobre as possibilidades de garantir a "especificidade para saúde do índio" nos programas de saúde das AIS e na Reforma Sanitária, foram organizados três grupos de trabalho e a eles propostos três grandes tópicos para discussão: 1) relação entre a Política Nacional de Saúde e os índios ("realidade e teoria" SNS-AIS/SUS/RS); 2) a relação do índio com a Política Nacional de Saúde Indígena e, finalmente, 3) a estratégia de atuação do Cimi.

Na plenária, foram feitas algumas constatações sobre a situação na área da saúde:

1. Displicência das autoridades sanitárias competentes no enfrentamento das epidemias e no enfrentamento da saúde assistencialista e paternalista.

2. Treinamento de agentes de saúde "alienante", gerando "aculturação individual", com repercussões na saúde mental e social como consequência da "perda dos conhecimentos" e de um "novo status na aldeia".

3. "Aculturação social" em razão de perda de terra, presença de grandes projetos, frentes de contato, perda linguística.

4. "Aculturação corporal", isto é, perda das defesas orgânicas.

5. Necessidade de atenção aos problemas de saúde que demandam "atendimento de branco": referência e contrarreferência.

E como propostas para a solução desses impasses foram sugeridas ações nos níveis locais, regionais e nacional. No nível local deveriam ser promovidas as ações do agente articulador (convênios e repasses para os índios) e a ocupação de espaços no sistema de saúde – comissões locais e municipais de Saúde (Clis-Cims), Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), comissões interinstitucionais de Saúde (CIS), SUS-Reforma Sanitária (RS). Recomendava-se investir nos municípios onde houvesse as AIS, articulando-as com as ações de base locais, e na formação da Clis no nível de comunidade indígena, e fiscalizar as ações de outros níveis: Cims, CIS, RS.

No nível regional deveria ser cobrada a prestação de serviço e o repasse de informação. E no nível nacional a estratégia deveria ser intervir na proposta de Reforma Sanitária, na Conferência Nacional de Saúde e na Constituinte. Para tanto,

previu-se a elaboração de um "dossiê de saúde a nível nacional, abrangendo todos os dados, inclusive os necessários para se ter saúde e não só a falta de doença", entre os quais aqueles sobre, por exemplo, terra, alimentação e contato com a sociedade envolvente. Esse dossiê seria composto por dados coletados a partir de 1970, e para a sua execução seria "criado um projeto destinado a cobrir despesas do setor de saúde" (Cimi, 1986b: 32).

Além das discussões de natureza política nele levantadas, no 5º Encontro procurou-se avançar na descentralização da assessoria nacional para as regionais, algo que havia sido anunciado no encontro anterior e seria implementado nos anos seguintes.

Em 1988 a enfermeira Mirthes Versiani assumiu a coordenação nacional de saúde do Cimi, e desde então os encontros de Saúde passaram a ser realizados anualmente. Até aquele ano os encontros seguiram o programa de avaliação da situação de saúde nas diferentes áreas, tendo sido estudados temas como etnomedicina, vigilância epidemiológica, comunicação intercultural em saúde, política nacional de saúde/saúde do índio, saúde indígena e legislação no contexto da mudança do Estatuto do Índio, e determinantes da saúde indígena/estratégias de intervenção. A partir desse ano, porém, o setor de saúde do Cimi concentrou seus esforços em "acompanhar e analisar a política de saúde nacional, defendendo o direito dos povos indígenas a uma atenção diferenciada, em função das especificidades étnico-culturais" (Versiani, 1993: 3). Assim, em fevereiro de 1989, momento em que se discutia a Lei Orgânica da Saúde, a coordenação articulou um encontro com profissionais da área da saúde (da Universidade Federal de Minas Gerais, da Universidade de Brasília e da Fiocruz), missionários e assessoria jurídica do Cimi, com o objetivo de estudar uma proposta específica para a saúde do índio. Foi, então, elaborada a proposta de um subsistema de saúde indígena no Sistema Único de Saúde (SUS), o que daria origem à criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), tal como proposta na legislação de saúde do Estatuto dos Povos Indígenas apresentada pelo Cimi (Versiani, 1993).

Também em 1989 a Coordenação de Saúde do Cimi participou do 6º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, compondo a Comissão Interinstitucional que apresentou a proposta para orientação geral na elaboração de emendas ao anteprojeto de Lei Orgânica do SUS.

Em 1992, missionários do Cimi participaram das conferências estaduais de Saúde que precederam a 9ª Conferência Nacional de Saúde, na qual esse organismo da CNBB se fez representar no painel "Os povos indígenas e o SUS". A participação do Cimi nesse evento – que aprovou a proposta de garantir no SUS a atenção integral e diferenciada à saúde dos povos indígenas por meio da criação de DSEIs – inseriu a entidade nos meios de controle da política indigenista de saúde, tais como a

Comissão Intersetorial de Saúde indígena (Cisi) e os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (Nisis), nas quais ocupou assento e teve atuação destacada.

A doença indígena como corolário da opressão

Para além da formação missionária, o Cimi foi criado com o intuito de mobilizar a opinião pública e assessorar juridicamente os índios em sua relação com o Estado (Cimi, 1977a),[14] o qual deveria garantir aos índios o "direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional" (Estatuto do Índio, art. 54) e lhes assegurar "na infância, na maternidade, na doença e na velhice (...) especial assistência dos poderes públicos, em estabelecimentos a esse fim destinados" (parágrafo único do art. 54). Ainda de acordo com o Estatuto do Índio, "O regime geral da previdência social será extensivo aos índios, atendidas as condições sociais, econômicas e culturais das comunidades beneficiadas" (art. 55).

Desde os anos iniciais, portanto, o Cimi entedia que a saúde das populações indígenas era, e deveria ser, uma responsabilidade do Estado, assunto que, embora reconhecidamente preocupasse "a todos" desde os primeiros encontros, foi inicialmente tratado com menos veemência, pois naquele momento se entendia que o que se poderia fazer era "colher informações sobre a situação atual" e "dar sugestões e apontar deficiências ou irregularidades aos órgãos competentes" (CNBB, 1979: 26).

Nesse contexto, o setor de saúde do Cimi surgiu "de baixo para cima" (Nascimento, 1983a), como resultado das demandas especialmente explicitadas nos encontros da Região Norte em 1977, sendo a partir daí desenvolvido pelo heterogêneo engajamento dos voluntários e suas respectivas demandas. A unidade regional Cimi MT parece ter feito um trabalho mais sistemático visando a uma contribuição mais técnica, coletando dados e elaborando indicadores que eram externamente analisados a fim de produzir informação e gerar conhecimento. Diana Marinho, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz que trabalhou no DSEI da Região Sudeste no início de sua implementação, destacou a atuação de Mirthes Versiani na articulação de parcerias para a consolidação e análises dos dados:

> *Dávamos apoio no sentido de trabalhar todos os dados que eles mandavam, eles mandavam os dados epidemiológicos das aldeias e nós catalogávamos esses dados, construíamos as tabelas, os gráficos, fazíamos as interpretações dos mesmos e os relatórios, infelizmente com um olhar frio, só analisávamos os números. Encaminhávamos para eles, que faziam a interpretação do olhar frio com a realidade, e depois davam o retorno. Havia uma troca muito legal.* (Entrevista de Diana Marinho, 2018)

Como bem observado por Rufino (2002: 236), as iniciativas do Cimi "em matérias tão distintas quanto educação, saúde, alternativas econômicas, resgate cultural e organização política comunicam-se por meio de uma gramática comum, cujas premissas são sedimentadas no simbolismo agregado à terra". Com base no significado e valor atribuído a terra e autodeterminação, portanto, o projeto libertador de saúde do Cimi foi instrumentalizado de duas maneiras: 1) como ferramenta na luta pela demarcação de terras, tendo em vista que a discussão sobre os maiores problemas de saúde conduzia a um questionamento dos grandes projetos de desenvolvimento e seus efeitos diretos e indiretos na saúde dos povos indígenas; 2) como instrumento de fortalecimento dos movimentos e das organizações indígenas, na medida em que os levava a refletir sobre qual política de saúde deveria chegar às comunidades e promovia capacitação de indígenas para atendimento nas aldeias (Entrevista de Egon Heck, 2019).[15]

Apoiado no conceito holístico de saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Declaração de Alma-Ata, 1978), o Cimi fez do campo da saúde instrumento na luta pela demarcação de terra e contexto para a promoção da autodeterminação indígena. Assim, em função das diferenças culturais, geográficas e históricas (p. ex., grau de contato), suas ações incluíam a combinação de práticas distintas e às vezes antagônicas.

Por entender que não se poderia "abordar saúde e doença de forma fracionada" ou desassociá-las da "subalimentação, da pobreza e vice e versa", o setor de saúde do Cimi rejeitou a ideia de uma relação unicausal para o processo saúde-doença (Pastoral da Saúde, 1978), central para o higienismo praticado pelas missões pré-conciliares, e conduziu os missionários às práticas da medicina comunitária, que se apresentavam "como estratégia não apenas de recomposição interna da prática médica mas também de participação no processo econômico e político" (Donnangelo & Pereira, 1976: 73).[16]

Por intermédio do trabalho de saúde da pastoral da Prelazia de Diamantino e da Diocese de Goiás, o Cimi aproximou-se dos movimentos populares de saúde promovidos por líderes progressistas da Igreja católica, como o padre Augusti, que em 1974 assumiu a Superintendência do IPPH, implantou os projetos de agentes comunitários de saúde e medicina popular, roças comunitárias e alinhou-se com práticas médicas que surgiram a partir de 1950 com a finalidade de se opor ao complexo médico-industrial e ao regime militar propondo, em linhas gerais: a priorização da medicina preventiva em detrimento da curativa (como o Departamento de Pneumologia do Ministério da Saúde e departamentos de medicina preventiva universitários); a promoção da autonomia e da medicina popular (como defendia o Enemec); a denúncia do mau uso dos recursos públicos (como a enfermeira Maria José, do Inamps RJ); a resistência ao modelo médico privatista (como Albinear, que integrava o Cebes).

Se no caso do movimento indígena brasileiro o Cimi pode ser visto no papel de "instituição anfitriã", para utilizar um conceito trazido por Belleau (2014), no campo da saúde indígena pré-Constituinte a organização deve ser vista como um aliado e promotor da causa,[17] e nesse sentido devemos entender sua participação no movimento da saúde indígena. Se por um lado o Cimi não conseguiu "sair da denúncia" ou propor "uma avaliação consistente para os desempenhos ruins do sistema de saúde" por entender que a saúde era parte da luta pela terra (Entrevista de Luiza Garnelo, 2018), por outro foi inequívoca a sua intenção de promover a participação indígena e contribuir para o embasamento de decisões políticas com a coleta de dados e a elaboração de indicadores e taxas. Quando eram divulgados na imprensa, os casos, que podiam ou não ser transformados em taxas, contribuíam de maneira bastante significativa para a mobilização popular e para estudos científicos (Mello, 1985; Coimbra Jr. *et al.*, 1985).

Notas

[1] Este capítulo foi preparado no âmbito do projeto de pesquisa Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas (mais informações na Apresentação) no período de janeiro de 2019 a fevereiro de 2020. A autora foi bolsista de pós-doutorado no âmbito do Projeto Wellcome (janeiro de 2019 a setembro de 2020), com vinculação ao Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz.

Na pesquisa documental, fez-se uso extenso dos acervos documentais do Conselho Indigenista Missionário (Setor de Documentação e Centro de Formação Vicente Cannas), mas também de documentos consultados em outros acervos físicos e digitais de outras organizações, tais como Instituto Anthropos (JF), Instituto Socioambiental, Museu do Índio, Arquivo Nacional, Funai e Biblioteca Nacional. Para o trabalho na documentação do Setor de Documentação do Cimi, que possui um arquivo específico para o tema da saúde indígena, foi feito um levantamento geral deste conteúdo, com vistas a definir a documentação que seria privilegiada no estudo.

Como subsídio para uma análise qualitativa dos dados extraídos dessa investigação documental, foram também utilizadas entrevistas realizadas pelo projeto com personagens-chave deste campo: Ana Maria Costa, Renato Athias, Egydio Schwade, Ernilda Nascimento, Diana Marinho, Egon Heck, Luiza Garnelo. Para informações sobre os entrevistados citados ao longo deste capítulo, ver Apêndice do volume. A autora registra seu grande agradecimento a Leda Bosi e Aida Cruz, que de forma acolhedora e generosa tornaram este trabalho possível.

[2] Publicado com o título "Saúde: especificidade do direito dos povos indígenas no contexto das conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde" na revista *Saúde em Debate* (Cebes, 1988).

[3] O conceito de complexo médico-industrial surge na década de 1980 para evidenciar "as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor saúde e destes com os demais setores da economia" (Vianna, 2002: 376).

[4] Para uma análise antropológica das categorias utilizadas pelo Cimi e das representações que seus missionários fazem do campo indigenista e das relações entre evangelização e cultura, ver Rufino, 2002.

[5] Encontro de Barbados é como ficou conhecido o Simpósio Internacional de Fricção Interétnica, realizado em 1971 pela Universidade de Berna com apoio do Conselho Mundial da Igreja em Barbados.

[6] Encontro Pan-Amazônico da Pastoral Indigenista (Manaus, 20-25 jun. 1977); 3º Curso de Indigenismo (Belém, 10-25 jul. 1977); 2ª Assembleia Pastoral Indigenista Região Norte (Belém, 26-28 jul. 1977).

[7] De acordo com Ernilda Nascimento, esse trabalho realizado em Ceres era "diferenciado para a época e para a cidade em questão", consistindo em "atendimento médico e sanitário de gestantes e crianças de 0 a 4 anos", "visita domiciliar", reuniões nas comunidades rurais de abrangência do atendimento do Hospital São Pio X, treinamento de atendentes de saúde e sobretudo um "trabalho de troca de saberes no uso de alimentação saudável e plantas medicinais" que resultou na criação de uma farmácia de manipulação de fitoterápicos que ainda hoje existe (Entrevista de Ernilda Nascimento, 2020).

[8] O IPPH foi fundado em 1967 por dom Pedro Paulo Koop, bispo da Diocese de Lins, como efeito direto do Concílio Vaticano II. E assim como o Cimi, foi apoiado pela Misereor, entidade mantida por católicos alemães para financiar projetos executados por organizações católicas em países subdesenvolvidos (Siqueira, 1984).

[9] Antes disso o Cimi também participou do Encontro Regional de Experiências de Saúde do Centro-Oeste (Ceres, 29 fev.-2 mar. 1980) e de um Encontro sobre Plantas Medicinais na Universidade de São Paulo (23-26 maio 1980).

[10] Essa preparação de agentes seria feita mediante uma parceria com a Opan e o Centro Pastoral de Informação Latino-Americano (Cepila) que consistiu em um projeto de formação e documentação que deu origem ao Setor de Documentação do Cimi. Com ele planejava-se uma articulação latino-americana, mas o setor teve existência curta, de quatro ou cinco anos (comunicação pessoal de Benedito Prezia, 16 jul. 2019).

[11] Marçal de Souza, ou Marçal Tupã-i (1920-1983), viveu parte da infância na aldeia Te'y kue (Caarapó, MS) até ser adotado pela Missão Caiuá e levado para Dourados, onde estudou enfermagem. Na década de 1970 engajou-se na luta pela terra e nesse contexto aproximou-se do Cimi, sendo posteriormente escolhido para discursar como representante indígena para o papa João Paulo II durante sua primeira visita ao Brasil, em 1980. Sobre Marçal de Souza ver Prezia, 2006.

[12] Mirthes Versiani trabalhava com o médico Antônio de Araújo, do hospital de Ceres, onde atuava como agente pastoral de enfermagem da Prelazia São Félix, com os levantamentos de

famílias feitos pelas Irmãzinhas de Jesus e na formação de agentes indígenas (Entrevista de Mirthes Versiani, 2018).

[13] Ernilda Souza do Nascimento adotou o nome religioso de irmã Rosirene, forma como muitas vezes aparece nos documentos.

[14] 1) Incentivar e assessorar o atendimento as populações indígenas, em suas necessidades – espirituais e materiais; 2) Promover a formação ou atualização teológica, antropológica e técnica dos missionários católicos; 3) Providenciar assessoria técnica e jurídica às missões e populações indígenas na defesa das terras e do patrimônio dos índios; 4) Mobilizar a opinião pública; 5) Planejar e realizar encontros de estudos sobre Pastoral Indigenista (Cimi, 1977a).

[15] Cabe aqui lembrar que Marçal de Souza e o Tukano Alvaro Fernandes Sampaio, que participou do 4º Tribunal Bertrand Russel em 1981, eram atendentes de enfermagem em suas aldeias.

[16] O higienismo foi uma das três vertentes que formavam o campo de onde surge a medicina preventiva, tendo aparecido no século XIX relacionado ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal (Arouca, 1975).

[17] De acordo com Belleau (2014), a inexistência de um "movimento indígena" no contexto de criação do Cimi inviabilizaria a aplicação da ideia de aliança, uma relação de "ajuda" ou de "aliança" entre as duas agências. Para uma visão sobre as alianças do movimento indígena ver capítulo anterior desta coletânea, de Aline Moreira Magalhães.

Referências

ALTINI, E. *et al. A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência indígena* à *saúde nas comunidades indígenas*. Cartilha. s. l.: Cimi, 2013. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3258177/mod_resource/content/1/Brasil%20Cartilha%20Saúde%20Indígena.pdf>. Acesso em: 1 set. 2020.

AROUCA, A. S. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, 1975. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

ATHIAS, R. & MACHADO, M. Saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 425-431, 2001.

BELLEAU, J.-P. *Le Mouvement Indién au Brésil: du village aux organisations*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2014.

BENEVIDES, L. *et al*. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 8(1): 29-39, 2014.

BRAND, A. [Correspondência]. Carta dirigida aos membros do Cimi, [s. l.], 27 fev. 1978. 1 carta.

BRANDO, R. B. *Vida e Morte de um Indigenista por Ele Próprio.* São Paulo: Ícone, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 8º Conferência Nacional: proteção à saúde do índio.* Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

CAMPOS, R. C. R. *A Prática do Conselho Indigenista Missionário (Cimi) à Luz da Metodologia de Aproximação de Culturas e Inculturação de Paulo Suess*, 2010. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Faculdade de Teologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A Saúde do Índio. *Saúde em Debate*, edição especial, jan. 1988. Disponível em: <https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.+especial%2C+edi%E7%E3o+especial&pesq=&x=69&y=13>. Acesso em: 19 ago. 2019.

COIMBRA JR., C. E. A. *et al*. Estudos epidemiológicos entre grupos indígenas de Rondônia. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 27(1): 13-19, 1985.

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTERINSTITUCIONAL/ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (CCI/ENSP/FIOCRUZ). *Oitava: a conferência que auscultou o Brasil*. Roteiro e edição de Pedro Leal David. Vídeo publicado em 16 set. 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video/oitava-conferencia-que-auscultou-o-brasil>. Acesso em: 15 ago. 2020.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 5(4): 441-450, 1989.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Contribuição da Igreja Missionária do Brasil aos trabalhos do Legislativo em favor dos índios: anteprojeto do Estatuto do Índio. Coxipó da Ponte, 12 ago. 1972.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Estatuto do Conselho Indigenista Missionário. Brasília, 23 nov. 1977a.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Relatório das atividades do Cimi, 1975-1977. *Relatório*. Brasília, 1977b.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). 1º Encontro sobre Saúde Indígena. Goiânia, 21-23 abr. 1978. Brasília: Cimi, 1978.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Encontro Regional de Experiências de Saúde do Centro-Oeste. Ceres, 29 mar. 1980.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Relatório do 2º Encontro sobre Saúde Indígena. Cuiabá, 28 a 31 jul. 1981. Brasília: Cimi, 1981.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Relatório da 1ª reunião da equipe de assessoria de saúde. Dourados, 28 maio 1983. *Relatório*. Brasília: Cimi, 1983.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Linhas de ação. *Relatório do 3º Encontro de Saúde*. Brasília: Cimi, 1984a.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). 3º Encontro de Saúde. Anexo 1. Brasília, 1984b.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Relatório do 4º Encontro de Saúde. São Lourenço de Fátima, 16-21 jan. 1986. *Relatório*. Brasília: Cimi, 1986a.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). 5º Encontro de Saúde Indígena. Ceres, 15 out.-1 nov. 1986. Brasília: Cimi, 1986b.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Saúde: especificidade do direito dos povos indígenas no contexto das conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Cimi, 7 nov. 1986c.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Saúde: especificidade do direito dos povos indígenas no contexto das conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate*, (ed. esp.): 10-11, jan. 1988. A Saúde do Índio.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Boletim Informativo do Cimi*, 1(1), 1972.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Boletim Informativo do Cimi*, 2(8). Brasília, 1973.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Boletim Informativo do Cimi*, 3(10). Brasília, 1974.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Boletim Informativo do Cimi*, 7(44). Brasília, 1978a.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Boletim Informativo do Cimi*, 7(45). Brasília, 1978b.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Boletim informativo do Cimi*, 8(56). Brasília, 1979.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Boletim Informativo do Cimi*, 10(74). Brasília, 1981.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 de setembro 1978, Alma-Ata, URSS.

DOIMO, A. M. & RODRIGUES, M. M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. *Revista de Política & Sociedade*, 2(3): 95-115, 2003.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FIGUEROA, A. A Cisi: novidade e redundância. *Boletim da Unidade de Saúde e Meio Ambiente*, 3(3): 1-2, 1993.

FIORAVANTI, M. *Paraísos Desencontrados: a ação missionária indigenista e a proposta do Cimi*, 1990. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FRENCH, J. H. A Tale of two priests and two struggles: Liberation Theology from dictatorship to democracy in the Brazilian Northeast. *The Americas*, 63(3): 409-443, 2007.

FRÖEHLICH, H. Depoimento de H. Fröehlich sobre a criação do Cimi. Brasília: Cimi, 1992.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena*. Brasília: Funasa, 2009.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). Memória do Encontro sobre Saúde Indígena, Brasília, 24-29 jan. 1985. Brasília: Funai, 1985.

GARNELO, L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. *In*: TEIXEIRA, C. C. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. (Saúde dos Povos Indígenas)

LACERDA, R. *Diferença Não É Incapacidade: gênese e trajetória histórica da concepção da incapacidade indígena e sua insustentabilidade nos marcos do protagonismo dos povos indígenas e do texto constitucional de 1988*, 2007. Dissertação de Mestrado, Brasília: Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Nacional de Brasília.

MATOS, M. H. O. *O Processo de Criação e Consolidação do Movimento Pan-Indígena no Brasil*, 1997. Dissertação de Mestrado, Brasília: Universidade Nacional de Brasília.

MELLO, D. A malária entre populações indígenas do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1(1): 25-34, 1985.

NASCIMENTO, E. Início dos atendimentos como membro ambulante. Brasília, 15 jun. 1983a.

NASCIMENTO, E. Em busca de novos rumos para a saúde indígena. Brasília, 1983b.

NASCIMENTO, E. Novos rumos para a saúde indígena. *Porantim*, 6(56): 12, 1983c.

NASCIMENTO, E. Uma história de respeito e questionamentos. *Porantim*, XXII(231): 11, 2000.

NOVAES, S. C. *Jogo de Espelhos: imagens da representação de si através dos outros*. São Paulo: Edusp, 1993.

NOVO órgão da Igreja para ajudar aos índios. *Correio da Manhã*, 27 abr. 1972.

OITAVA Conferência Nacional de Saúde. Verbete. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista06.html>. Acesso em: 17 ago. 2020.

PADIM, 1º R. N. As irmãs dominicanas e a saúde. *Jornal da Manhã Online*, Uberaba, 3 abr. 2016. Disponível em: <https://jmonline.com.br/novo/?noticias,22,ARTICULISTAS,123549>. Acesso em: 19 ago. 2020.

PASTORAL DA SAÚDE. Curso de Saúde Pública. Prelazia de Diamantino, 28 jun-7 jul. 1978.

PEREIRA, P. A. H. Diretório Indígena. Utiariti, MT. Brasília: Cimi, 1969.

PORANTIM. Atendentes indígenas têm curso. *Porantim*, 44: 14, out. 1982.

PREZIA, B. *Caminhando na Luta e na Esperança: retrospectiva dos últimos 60 anos da pastoral indigenista e dos 30 anos do Cimi*. São Paulo: Loyola, 2003.

PREZIA, B. *Marçal Guarani: a voz que não pode ser esquecida*. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

RAMOS, A. R. *Indigenism: ethnic politics in Brazil*. Madison: The University of Wisconsin Press, 1998.

REBOLLAR, M. D. C. *Os Processos Formativos na Opan e os Novos Desafios Político-Pedagógicos*, 2013. Dissertação de Mestrado, Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso.

ROMANI. G. L. *Igreja e Pastorais Sociais: a Comissão Pastoral da Perra e o Conselho Indigenista Missionário na Diocese de Dourados* (1971-2000), 2003. Dissertação de Mestrado, Dourados: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

RUFINO, M. P. *Ide, Portanto, Mas em Silêncio: faces de um indigenismo missionário católico heterodoxo*, 2002. Tese de Doutorado, São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de São Paulo.

SANTOS, R. M. *Saúde, Participação e Controle Social: lutas e ações estratégicas do Mops/SE pela efetivação dos direitos à saúde em Aracaju, SE (1989-2008)*, 2009. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SCHWADE, E. O legado de Pe. Iasi e crítica à política indigenista brasileira. Entrevista especial com Egydio Schwade. Instituto Humanitas Unisinos, São Leopoldo, 31 mar. 2015. Disponível em: <www.ihu.unisinos.br/entrevistas/541357-o-legado-de-pe-iasi-e-a-critica-a-politica-indigenista-brasileira-entrevista-especial-com-egydio-schwade>. Acesso em: 22 set. 2020.

SCHWADE, E. & SCHWADE, D. FSM: pequenas experiências para a sua continuidade. *Missões: a missão no plural*, São Paulo, 5 fev. 2009. Disponível em: <www.revistamissoes.org.br/2009/02/fsm-pequenas-experiencias-para-a-sua-continuidade>. Acesso em: 22 set. 2020.

SHAPIRO, J. From Tupã to the land without evil: the christianization of Tupi-Guarani cosmology. *American Ethnologist*, 14(1): 126-139, 1987.

SIMÕES, M. *O Identidade e Militância no Cimi: um estudo sobre a identidade dos missionários do Cimi-Leste*, 2010. Tese de Doutorado, Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora.

SIMÕES, M. O Conselho Indigenista Missionário (Cimi) e a militância no catolicismo engajado. *Sacrilegens*, 13(1): 58-76, 2016.

SIQUEIRA, C. M. *Evolução da Práxis de um Setor da Igreja Católica Trabalhando Junto às Classes Populares: a experiência da Diocese de Lins através do IPPH (Instituto Paulista de Promoção Humana) e da Comissão Pastoral de Terra de Andradina*, 1984. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Avançados em Educação, Fundação Getulio Vargas.

SUESS, P. *A Causa Indígena na Caminhada e Proposta do Cimi: 1972-1989*. Petrópolis: Vozes, 1989.

SUESS, P. Raízes teológicas do Cimi: 40 anos em defesa dos povos indígenas. *Missões*, 28 fev. 2013. Disponível em: <www.youtube.com/watch?v=BlT5K_5uvj8>. Acesso em: 15 set. 2020.

TEIXEIRA, C. C. & SILVA, C. D. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico*, 1: 35-57, 2013.

TEIXEIRA, M. C. S. *Igreja Católica e Ação Indigenista na Amazônia Contemporânea: o Cimi (1972-2000)*, 2008. Dissertação de Mestrado, Manaus: Universidade Federal do Amazonas.

VALENTE, R. *Os Fuzis e as Flechas: história de sangue e resistência indígena na ditadura*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

VERANI, C. B. L. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, 15(2): 171-192, 1999. (Série Antropologia)

VERSIANI, M. (Org.). *Os Encontros de Saúde do Cimi*. Brasília: Coordenação de Saúde do Cimi, 1988.

VERSIANI, M. Setor de saúde. Recuperação histórica. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE (MACRORREGIÃO MT, MS, SUL, RO), XII, 14-19 set. 1993, Chapada dos Guimarães. *Relatório...* Anexo 3. Brasília, 1993.

VIANNA, C. M. M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 12(2): 375-390, 2002.

Apêndice – Encontros e eventos mencionados no texto, 1978-1986

Data	Evento	Local
21 a 23 abr. 1978	1º Encontro Nacional de Saúde - Cimi	Goiânia, GO
Jun.-Jul. 1978	Curso de Saúde Pública	Diamantino, MT
25 a 29 jul. 1979	1º Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária	Lins, SP
27 a 31 jul. 1979	3º Assembleia Geral do Cimi	Goiânia, GO
29 fev a 2 mar. 1980	Encontro Regional de Experiências de Saúde do Centro-Oeste	Ceres, GO
Set. 1980	2º Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária	Recife, PE

Data	Evento	Local
23 a 26 maio 1980	Encontro sobre Plantas Medicinais – USP	São Paulo, SP
28 a 31 jul. 1981	2º Encontro Nacional de Saúde – Cimi	Cuiabá, MT
5 a 20 mar. 1982	Curso Saúde para Agentes Indígenas – Cimi	Hospital São Pio X Ceres, GO
3 a 8 ago. 1982	Curso de Enfermagem para Agentes Indígenas – Cimi	Aldeia Rikbaktsá, MT
5 a 20 mar. 1982	Curso de Saúde para Agentes Indígenas – Cimi	Hospital São Pio X Ceres, GO
7 a 11 abr. 1983	Encontro de Estudos sobre Medicina Indígena – Cimi	Aldeia Rikbaktsá, MT
28 maio 1983	1ª Reunião de Equipe Coordenação de Saúde – Cimi	Dourados, MS
9 a 14 maio 1983	Encontro de Estudo para Formação de Atendentes Indígenas – Cimi	Rio Branco, AC
6 a 10 jul. 1983	Encontros para Estudo das Plantas do Cerrado – Cimi	Aldeia Rikbaktsá, MT
18 a 22 set. 1983	2º Encontro de Estudos de Enfermagem ara Atendentes Indígenas – Cimi	Utiariti, Regional Cimi MT
1 a 4 fev. 1984	3º Encontro de Saúde – Cimi	Fátima de São Lourenço, MT
Fev. 1984	Encontro de Agentes de Saúde Indígenas	Fátima de São Lourenço, MT
14 a 19 jul. 1984	1º Curso de Saúde para Indígenas (Karajá e Tapirapé) – Cimi	Santa Terezinha, Ilha do Bananal
17 a 23 dez. 1984	2º Curso de Saúde para Indígenas (Karajá e Tapirapé) – Cimi	Santa Terezinha, Ilha do Bananal
7 a 9 set. 1984	1º Encontro de Saúde Regional Sul, Nordeste, Mato Grosso do Sul – Cimi	Sem informação no relatório
28 jun. a 3 jul. 1985	6º Assembleia Geral Cimi	Goiânia, GO
24 a 29 jan. 1985	Encontro sobre Saúde Indígena – Funai	Brasília, DF
Fev. 1985	Simpósio Alternativas sobre Saúde Indígena – Funai	Museu do Índio, RJ
16 a 21 jan. 1986	4º Encontro de Saúde – Cimi	Fátima de São Lourenço, MT
Mar. 1986	8ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília
15 out. a 1 nov. 1986	5º Encontro Nacional de Saúde – Cimi	Ceres, GO
15 out. a 1 nov. 1986	Curso de Saúde para Agentes Indígenas – Cimi	Ceres, GO
7 nov. 1986	Seminário Proteção à Saúde do Índio	Brasília, DF
27 a 29 nov. 1986	1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio	Brasília, DF

Estatísticas de Resistência e os Horizontes da Saúde Indígena na Ditadura Militar[1]

Bruno Nogueira Guimarães
Ricardo Ventura Santos

Durante a ditadura militar, diferentes organizações em defesa dos indígenas surgiram, manifestando-se contrárias aos projetos do regime e a favor da ampliação dos direitos dos povos e comunidades tradicionais. Central para a articulação do campo pró-indígena foi o acolhimento no Centro Ecumênico de Documentação e Informação (Cedi) de uma equipe de antropólogos que, junto com uma rede de colaboradores, forneceu uma nova perspectiva para a inclusão dos indígenas nas políticas públicas na Nova República. A estratégia adotada pelo Cedi foi inusitada: além de concentrar seus esforços em denunciar os ataques do governo contra os povos indígenas, tônica da atuação de organizações não governamentais (ONGs) de maior porte como a Survival International, o centro produziu informações populacionais sobre povos pouco conhecidos e publicou dados estatísticos e etnográficos. Ao fazê-lo, contribuiu não apenas para o desenvolvimento de um projeto de longa duração no campo da etnologia e do indigenismo – a Série Povos Indígenas no Brasil, editada até hoje pelo Instituto Socioambiental –, como também para fortalecer um debate mais amplo sobre as dinâmicas populacionais indígenas.

O trabalho do Cedi teve resultados quase imediatos, com os dados da ONG fundamentando argumentos favoráveis aos direitos indígenas que se consolidariam na Constituição Federal de 1988.[2] Além das aplicações práticas, também fomentou reflexões no campo das políticas públicas e da academia. Ao olhar para a atuação do Cedi na produção de informações sobre indígenas, assumimos aqui dois propósitos. O primeiro é realizar uma genealogia (Foucault, 1979; Merry, 2016) do Levantamento dos Povos Indígenas no Brasil, colocando em relevo como um conjunto de fatores – a relação entre diferentes indivíduos e instituições, os enunciados discursivos e as tecnologias de produção de conhecimento – contribuiu para a emergência de um novo significado para o conceito de indígena no seio do Estado brasileiro, bem como para uma nova configuração da relação entre movimento social, conhecimento científico e políticas públicas no país.

Nosso segundo propósito é entender as implicações desse processo para as reflexões sobre saúde indígena no final do século XX. Até meados da década de 1970, os diversos registros de decréscimos populacionais de povos indígenas –

decorrentes de grande número de epidemias e da ausência de políticas públicas em prol dos povos originários – ofereciam pouca alternativa para se pensar o futuro dos índios no Brasil. O desaparecimento dos povos originários era visto tanto como uma consequência do contato interétnico como parte do projeto de desenvolvimento do país, consolidado na legislação indigenista que tratava o indígena como uma categoria transitória de um segmento populacional (Brasil, 1967, 1973). Porém, ao mesmo tempo que as informações sobre a diminuição dos contingentes de indígenas foram documentadas em relatórios oficiais, a exemplo do Relatório Figueiredo (Relatório..., 1967), e publicadas na imprensa (com destaque para Lewis, 1969), raramente se apresentavam dados demográficos sistematizados. Na medida em que os instrumentos de quantificação constituem elemento central na luta por reconhecimento, visibilidade e aprimoramento de políticas públicas para minorias nas democracias contemporâneas (Espeland & Stevens, 1998; Merry, 2016), a produção de estatísticas populacionais sobre os indígenas nos anos finais da ditadura militar contribuiu para a promoção de seus direitos. Mais do que isso, a construção de uma base de dados quantitativos iniciou um processo de legibilidade das populações indígenas pelo Estado brasileiro, isto é, a tradução de uma realidade social complexa em um idioma compreensível pela máquina burocrática (Scott, 1998).

Resgatar a história da produção do Levantamento dos Povos Indígenas no Brasil implica recuperar a trajetória do indigenismo brasileiro em seu "momento heroico" (Ramos, 1995), quando as políticas governamentais foram desafiadas no auge da ditadura militar. Os acontecimentos desse período influenciaram a consolidação dos direitos indígenas na Constituição Federal de 1988, que, com base em valores multiculturalistas, rompe com a tutela e estabelece as bases para que as políticas para os povos originários não sejam exclusivas da Fundação Nacional do Índio (Funai). Duas consequências sobre essas mudanças serão a criação do subsistema de saúde indígena no Sistema Único de Saúde (SUS) (ver capítulo de Pontes nesta coletânea) e a inclusão da categoria "indígena" na pergunta sobre "raça ou cor" no Censo Demográfico Nacional de 1991, o primeiro a proceder a esta identificação étnico-racial (Santos *et al.*, 2019).

Nosso objetivo neste texto é apresentar a história da construção do Levantamento dos Povos Indígenas no Brasil, indicando como, no auge da mobilização política em defesa dos direitos indígenas na ditadura militar, atores do campo indigenista desenvolveram um empreendimento para contestar tecnicamente os pressupostos que informavam a legislação e as políticas públicas para os indígenas no país. A estratégia adotada foi a de produzir e disseminar informações populacionais, indicando tanto a localização quanto o quantitativo de cada povo indígena estudado, corroborando a ideia de que os "índios" não pertenciam a uma categoria transitória: eles "estão no Brasil para ficar", então palavra de ordem dos apoiadores da causa indígena.

Da desindianização à pesquisa-movimento

Se não emancipar algumas comunidades indígenas até o fim do governo, estará frustrada a política indigenista do governo Geisel.

Rangel Reis, ministro do Interior,
em *O Estado de S.Paulo*, out. 1976

Fany Ricardo (Entrevista, 2018) recorda o início da participação dela e de Carlos Alberto (Beto) Ricardo no Cedi como ponto de partida para a atuação de ambos com as populações indígenas. Em um cenário de crise para a antropologia da Universidade de São Paulo (USP), com o desmonte do departamento durante a ditadura[3] e o esvaziamento político dos temas clássicos da antropologia social,[4] os movimentos eclesiais de base ofereciam um ambiente para a pesquisa com povos e comunidades tradicionais. Em relação à disputa no campo indigenista, apesar dos esforços de alguns funcionários públicos dentro da Funai, o contexto militar dificultava a formulação de alternativas aos planos de "desindianização do Brasil" (CNV, 2014), dado seu alinhamento com atores econômicos que ambicionavam o território indígena (Albert, 1995). Por isso, as ONGs "foram o lugar privilegiado de abrigo dos antropólogos comprometidos com a defesa dos direitos indígenas" (Barroso-Hoffmann, 2005: 166). Beto Ricardo começou seu trabalho no Cedi junto com dois outros antropólogos que, com foco inicial em populações camponesas, já participavam desse centro ecumênico: Carlos Brandão e Rubem Thomaz de Almeida.[5]

A criação do Cedi está vinculada à tomada do poder pelos militares, em 1964, quando um grupo de pastores e leigos protestantes envolvidos com as reformas de base do governo de João Goulart abandonou a Confederação Evangélica do Brasil. Para lidar com a vigilância dos militares (Brito, 2011) e criar um novo ambiente institucional para "manter um grupo de reflexão" que evitasse o "isolamento" (Ramalho, 2010: 39), fundaram o Centro Evangélico de Informação (CEI), em 1964. Com o ingresso de católicos na organização, em 1968, ela se tornará Centro Ecumênico de Informação, e, em 1974, Centro Ecumênico de Documentação e Informação. Desde o início alinhada com as pautas políticas em defesa da classe trabalhadora, contestação do regime ditatorial e influenciada pela Teologia da Libertação, a ONG tratará não apenas de temas eclesiais como também da promoção de direitos das camadas populares. Sua atuação se dará principalmente por meio de publicações que circularam entre determinados setores de esquerda e instituições cristãs, a exemplo do *Boletim do CEI*, que no final da década de 1970 viria a se tornar *Tempo e Presença*. Outra publicação marcante do Cedi, criada no mesmo momento que *Tempo e Presença*, era o *clipping* de notícias *Aconteceu*, que reunia trechos das principais matérias de jornais do país sobre temas como "trabalhadores

urbanos", "trabalhadores rurais" ou "índios". Nos últimos anos dessa década, com a expansão da organização para a inclusão de acadêmicos que passaram a produzir conteúdo científico para a instituição, as pautas sindicais, agrárias e indigenistas ganharam nova dimensão: o Cedi se tornou não apenas um divulgador dos eventos políticos, ele se tornou um intérprete da realidade social, unindo movimentos populares, universidade e parte do universo eclesiástico.

É importante notar que o Cedi não era exceção no conjunto das ONGs do período. A década de 1970 assistiu a uma transformação nos modos de atuação das entidades eclesiais junto aos povos e comunidades tradicionais, marcada pela Declaração de Barbados (1971) e pelo desenvolvimento das teologias da Libertação e da Inculturação (Prezia, 2003; Rufino, 2006). Se o Cedi expressou sua vocação política na constituição de veículos de comunicação que dessem voz a movimentos populares (como já indicado na primeira edição do *Boletim do CEI*, de 1965), outras instituições do campo indigenista desenvolveram projetos junto às populações indígenas e criaram espaços para que se organizassem politicamente. Um exemplo destacado da atuação de ONG no período é o Conselho Indigenista Missionário, o Cimi, um dos pioneiros tanto no setor de comunicação do indigenismo, com o jornal *Porantim*, como na formação de lideranças e de profissionais da saúde (ver os capítulos de Welper e de Barroso nesta coletânea). O indigenismo engajado da década de 1970 não ocupou apenas as referidas ONGs e outras como a Operação Amazônia Nativa (Opan, de 1969) e o Centro de Trabalho Indigenista (CTI, de 1979). Ele também se fez presente na Funai, com a atuação de antropólogos comprometidos com a causa indígena durante a gestão do general Ismarth de Araújo Oliveira (1975-79) à frente da autarquia federal. Assim, um conjunto de antropólogos se formou em um contexto turbulento, marcado por movimentos de luta pela terra e pela liberdade política.

Nesse mesmo período, uma geração nova de lideranças indígenas despontava nacionalmente, articulando-se em entidades de representação política recém-criadas, como a União das Nações Indígenas (UNI) (ver o capítulo de Magalhães nesta coletânea). A proximidade entre o movimento indígena e essas ONGs e a defesa de objetivos comuns às partes foi além de auxiliar os "indígenas em movimento" (Krenak, 2015; Barbosa & Fagundes, 2018) com assessoria legal e organização de encontros políticos para tratar de temas como território, saúde e cidadania (Barbosa & Fagundes, 2018). Ela também concedeu legitimidade às demandas das ONGs que lutavam por melhores condições de vida para os povos e comunidades tradicionais em um momento em que as críticas às políticas indigenistas brasileiras extrapolavam as fronteiras nacionais. Isso favoreceu a construção de uma rede de cooperação internacional em torno da produção de projetos paraestatais que ocupassem o vazio dos órgãos públicos na promoção e articulação das agendas indígenas e ambientais durante da década de 1980 (Barroso-Hoffmann, 2005).

Foi a partir dos debates sobre reforma agrária e no contexto da CPI da Terra (1977) que a pauta dos direitos territoriais indígenas ganhou lastro dentro do Cedi – edições do *Boletim do CEI* e de *Tempo e Presença* tratavam os pleitos fundiários dos trabalhadores rurais e dos indígenas como lutas irmãs contra as opressões da ditadura militar e do capital. A CPI do Índio, no mesmo ano, contribuiu para aumentar o interesse no debate, e o boletim veiculou notícias sobre a relação conflituosa entre o Cimi e a Funai. Nesse período, Beto Ricardo propõe que o Cedi incorpore a discussão sobre os indígenas como um programa permanente, como acontecia com os operários e os camponeses (Entrevista de Fany Ricardo e Tiago Moreira dos Santos, 2018). Embora até aquele momento os indígenas não ocupassem lugar de destaque nas preocupações da organização, no final da década de 1970 as propostas do governo militar contribuiriam para que os povos e comunidades tradicionais ficassem em primeiro plano.

Em abril de 1978, o Ministério do Interior, com o apoio do presidente da Funai, general Ismarth de Araújo Oliveira, anunciou a elaboração de um "projeto de Emancipação do Índio" mediante o qual indígenas poderiam ser declarados integrados à comunhão nacional pelo governo.[6] Como resultado, "as terras indígenas seriam divididas por núcleos familiares, não mais constituindo um território uno e indivisível" (Valente, 2017: 303), e a responsabilidade por atender os emancipados seria removida da Funai. A proposta do ministro Rangel Reis distinguia a "emancipação grupal" da "emancipação individual": para a emancipação coletiva, "os índios seriam autorizados a *negociar* suas terras 'após um período de dez anos'", ao passo que a individual possibilitaria "a *doação* de terra aos índios pela União", dependendo da capacidade do beneficiado de "desenvolver atividades agrícolas" (Valente, 2017: 304). Já em 1975, o ministro aventava emancipar contingentes indígenas, mas não havia indícios de haver um programa concreto no horizonte.[7] O próprio presidente da Funai, em 1976, negara a possibilidade de o governo emancipar qualquer povo indígena, dada a suposta ausência de integração dos índios à sociedade nacional. Tal integração, de acordo com o general, era medida de acordo com o grau de independência financeira que o grupo demonstrava (Mudança..., 1976). Assim, quanto mais economicamente desenvolvida uma população fosse, menos indígena ela seria.

Desde seu início, o projeto de emancipação foi tratado pelos antropólogos e ONGs como um artifício do governo militar para liberar as terras indígenas para a exploração capitalista. Em 1978, os protestos contra os planos da ditadura tomaram as ruas de diversas cidades e redundaram em atividades de grande projeção na imprensa, como os eventos no Teatro da Universidade Católica, o Tuca (PUC-SP) e na Associação Brasileira de Imprensa, no Rio de Janeiro. Com ambos os eventos lotados e grande apoio internacional,[8] temas como identidade, assimilação, território e extermínio ganharam o debate público. O anúncio da "falsa emancipação" foi um evento catalisador para a causa indígena (Bicalho, 2019) e para a reorgani-

zação da rede do Cedi sobre o tema, assim como a Declaração de Barbados fora um evento fundante do Cimi, em 1972 (Brand, 2012). As manifestações contestando o governo tiveram três grandes resultados: colocar a pauta indígena na imprensa durante a maior parte do ano; reunir diferentes gerações de antropólogos (de Darcy Ribeiro aos acadêmicos jovens que partiam para seu primeiro trabalho de campo), articulando-os com o ativismo cristão do Cimi e do Cedi; e engajar politicamente os acadêmicos que lidavam com o tema. Sobre este último ponto, além da criação de uma equipe especializada no Cedi, coordenada por Beto Ricardo, destacam-se também a fundação das comissões Pró-Índio (a primeira publicação da Comissão Pró-Índio de São Paulo foi justamente sobre a "falsa emancipação"), das associações nacionais de apoio aos índios e o crescente protagonismo político da Associação Brasileira de Antropologia, de 1978 até a Constituinte.

Ao mesmo tempo, o plano da Funai colocava um desafio para os apoiadores da causa indígena: rebater os argumentos a favor da emancipação, redefinindo a imagem dos indígenas diante da sociedade nacional e do Estado. Na defesa do projeto emancipatório, os membros do governo ponderavam que a política indigenista do Brasil havia gerado um conjunto de flagelados, incapazes de se sustentarem sem a dependência do Estado. E que a integração à comunhão nacional seria uma forma de capacitar o índio para assumir o controle de sua vida: não estando mais à margem das políticas do Estado, ele poderia se desenvolver economicamente e integrar uma economia de mercado. Desde 1975, o debate econômico permeou as falas do ministro Rangel Reis: chamava a Funai de paternalista e a acusava de impedir a independência financeira do índio, contrariando os interesses do país. A Funai, ao mesmo tempo que empreendia projetos locais de desenvolvimento (alinhada à perspectiva da assimilação via integração econômica), não conseguia fornecer dados que validassem as afirmações do ministro sobre a existência de índios já integrados. Para o debate público, isso se tornava um problema, pois o governo tinha dificuldade em indicar exemplos de populações indígenas que atendessem às condições do plano de emancipação. A saída estava em fazer afirmações genéricas, como opor à Amazônia os "índios do Sul" (Santos, 1979), sem esclarecer sobre quem se estava falando. Indicar um povo específico que pudesse se beneficiar da emancipação expunha o governo a evidências e contra-argumentos, como foi o caso dos Terena (Cardoso de Oliveira, 1979).

Apesar de a questão do desaparecimento dos indígenas estar no cerne da discussão, o número preciso – ou mesmo aproximado – de quantos havia no país estava longe de ser calculado. Apesar de o governo ter interesse em demonstrar a redução desse contingente populacional, apresentando o êxito da política assimilacionista e liberando territórios tradicionais para a exploração comercial, é Rangel Reis quem indica haver mais de 200 mil indígenas no país, ao expor sua missão de reduzir em 90% o tamanho dessa população em apenas uma década.[9] Já no decisivo

evento do Tuca contra a proposta de emancipação, a antropóloga Carmen Junqueira, uma das defensoras dos direitos indígenas, afirmou a existência de menos de 100 mil índios no Brasil (Valente, 2017). Como a Funai não divulgava estatísticas oficiais, não havia uma base atualizada para o debate. Ainda assim, os números de Junqueira não eram fortuitos. Eles faziam referência aos trabalhos publicados por Darcy Ribeiro na década de 1950 (Ribeiro, 1977). Ribeiro, que compartilhava a mesa com Junqueira e diversos outros antropólogos na manifestação do Tuca, fora o autor das últimas estimativas populacionais indígenas a nível nacional. Duas décadas depois, seus trabalhos continuavam apresentando os dados demográficos mais completos e atuais, o que repercutia nas publicações do período (Melatti, [1970] 2007).

É necessário notar que os trabalhos de Ribeiro, mesmo que tendo partido de quantificações produzidas pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI), não eram fruto de uma política oficial de produção e sistematização de dados demográficos sobre indígenas. Antes, resultavam dos interesses particulares do intelectual que dirigiu o órgão indigenista, sendo uma exceção em um século marcado pelo vazio de informações populacionais sobre povos tradicionais no país. Não tendo seus contingentes registrados pelos censos demográficos nacionais (o primeiro a fazê-lo será o de 1991), os indígenas deveriam ser contabilizados apenas pelas agências tutelares, que nunca haviam divulgado estatísticas populacionais. Quando esses dados existiam, eram destinados a um uso local e sigiloso. O deserto de informações remete à questão de quem merece ser contado e quais os fins da quantificação, um problema enraizado nos projetos de desenvolvimento econômico dos Estados-nação ao longo do século XX (Murphy, 2017). A quantificação não compõe apenas as práticas do que Murphy define como "gestão da vida agregada" (2017: 6), ela também naturaliza os indicadores que produz, tornando-os parte da realidade que pretendem retratar (Merry, 2016; O'Neil, 2016). A inexistência de estatísticas públicas condenava os indígenas à invisibilidade, transformando a falta de registro sobre eles nas planilhas estatais em inexistência oficial. Isso tinha duas consequências. A primeira, a ampliação do poder exercido por agências do governo que, munidas de informações exclusivas em um regime autoritário e desenvolvimentista, atuariam contra os povos tradicionais cometendo crimes que só se tornariam conhecidos décadas depois (CNV, 2014). A segunda, a dificuldade em responsabilizar o Estado e as frentes de expansão econômica pela depopulação indígena, em virtude da ausência de dados demográficos confiáveis. Refletindo sobre as possibilidades de atuação no campo indigenista da época, Beto Ricardo indica como tanto a "denúncia fundamentada" quanto "as ações de apoio aos indígenas" careciam de "um quadro global de referência" (Cedi, 1982: 1-2).

Desses fatores surge a preocupação em atualizar os dados de Ribeiro, levando ao início da pesquisa-movimento já em 1978. Idealizada no Cedi por Fany e Beto Ricardo para fomentar o Levantamento dos Povos Indígenas no Brasil, o

projeto buscava não apenas revisitar a demografia de Ribeiro, mas rever suas proposições etnológicas sobre o contato interétnico: como colocou Fany Ricardo, o trabalho de Ribeiro (1977) contribuiu para o idioma assimilacionista do Estatuto do Índio mediante uma leitura conservadora das teses do autor.[10] O levantamento se fiava em uma nova geração de antropólogos, não excluindo a participação de missionários e outros profissionais que atuassem em aldeias indígenas, como veremos a seguir. Em entrevista que contou com a participação da demógrafa e antropóloga Marta Azevedo, Fany Ricardo explicou como a estratégia de "botar os índios no mapa" – bordão que a pesquisa-movimento consolidou – se fundou na constituição de um grupo de colaboradores que receberiam uma ficha para preenchimento com os dados sobre a aldeia onde estavam:

> *... e a ideia era de a gente saber mais sobre ele [algum povo indígena], então entrava em contato com essa montagem da rede, a gente ficava sabendo que tinha um antropólogo lá no Ticuna, então entra em contato com o João Pacheco de Oliveira. Enfim, cada... o Eduardo Viveiros de Castro nos Araweté, o padre...* (Entrevista de Fany Ricardo e Tiago Moreira dos Santos, 2018)
>
> *Era aquela coisa de bola de neve, a gente falava com o padre, o padre falava: "Ah, tem duas irmãs não sei em que aldeia...".* (Marta Azevedo, 2018)[11]

Participantes da pesquisa tinham consciência das disposições políticas que orientavam a coleta de dados. A antropóloga Dominique Gallois, em simpósio da Operação Amazônia Nativa realizado em 1986, indicou como o projeto do Cedi "surgiu no bojo da campanha contra a falsa emancipação", com fins de divulgar as informações coletadas sobre os povos indígenas que habitavam o país (Gallois, 1987: 129). Para tanto, articulava uma rede plural, com contribuintes que exerciam atividades em campos diferentes do indigenismo, da academia ou da atuação missionária. Gallois, que colaborou desde o início das atividades, contribuindo com dados sobre os Wajãpi em 1979 e participando da redação das publicações do Cedi, definiu: "o levantamento consiste de um espaço de articulação entre essas diferentes posições [do 'campo das entidades pró-índio']" (Gallois, 1987: 130). Os dados das fichas possibilitariam a produção de duas publicações distintas. A primeira, uma série de 18 volumes dedicados a diferentes regiões do país, oferecia uma caracterização histórica e etnológica dos povos indígenas que as habitassem; destes, apenas três volumes foram publicados. A segunda, um anuário chamado *Aconteceu Especial – Povos Indígenas no Brasil*, que traria as principais notícias sobre os índios no país durante o ano anterior. Além de republicar algumas peças jornalísticas já reproduzidas no *Aconteceu* semanal, o anuário iria reorganizar essas informações por área e povo, também incorporando outras notícias e dados obtidos pelos colaboradores do levantamento.

A construção dos povos indígenas no Brasil

O primeiro anuário foi lançado em abril de 1981, referente ao ano anterior. Nesse momento, o Cedi já havia transformado as edições especiais do *Aconteceu* em um veículo de comunicação alternativa das pesquisas engajadas com os movimentos sociais.[12] A publicação sobre os indígenas em 1980 foi o sexto número da série de especiais, que teve seus quatro primeiros volumes dedicados aos trabalhadores urbanos (os três primeiros cobrindo os acontecimentos dos anos de 1978 e 1979 e o quarto as greves do ABC paulista) e o quinto aos trabalhadores rurais. Os anos seguintes veem o projeto do *Povos Indígenas no Brasil* se consolidar no Cedi: dos oito especiais publicados entre abril de 1982 e 1987, cinco corresponderam às compilações sobre os acontecimentos com os povos indígenas. São os anuários referentes a 1981, 1982, 1983, 1984 e 1985-86, este último inaugurando a periodicidade plurianual que a publicação mantém até o presente.

No início do levantamento, contudo, são os volumes regionais que recebem mais atenção do Cedi. Isso porque, se os anuários têm como função atualizar as informações indígenas em escala nacional, as publicações regionais permitem uma descrição mais aprofundada de um contexto específico. Elas tornam a diversidade indígena palpável no território brasileiro. Assim, "colocam os índios no mapa", redesenhando a distribuição dos indígenas no país e indicando como, mesmo em locais em que eram oficialmente dados como inexistentes, eles estavam ali.[13] Documentar essa presença tinha uma importância evidente para a luta pela terra, que unia todo o movimento de apoio à causa indígena. O problema fundiário, aliás, era o tema recorrente de todo o período: mesmo quando não tratada diretamente, a questão da terra era o pano de fundo para a discussão das condições de vida – e as perspectivas futuras – dos indígenas no Brasil. A disputa agrária oferece a chave de leitura dos mapas e das planilhas que rechearam os três volumes regionais que foram publicados: *Javari* (Cedi, 1981), *Amapá/Norte do Pará* (Cedi, 1983) e *Pará (Tocantins)* (Cedi, 1985). A hipótese de que os decréscimos demográficos estivessem associados à perda de terra para as frentes de expansão era predominante entre os apoiadores da causa indígena, que já denunciavam que o interesse do Estado na emancipação tinha como objetivo a supressão dos direitos fundiários nas reservas indígenas. A questão enfrentada pelo Cedi não estava em aprofundar as teorias acadêmicas sobre o tema para casos específicos (central para os estudos do contato interétnico em voga no período – ver Cardoso de Oliveira, 1964), mas em fornecer instrumentos que permitissem passar do local (aldeias e reservas) para o global no debate público.

Em um polo, estavam os trabalhos acadêmicos realizados pelos etnólogos que se vinculariam ao Cedi a partir de 1978, focados no modo de vida de um povo específico nos moldes clássicos da etnografia – que, na definição de Radcliffe-Brown

(1952: 4), tinha como "unidade de investigação a vida social de alguma região do mundo em um determinado período". Nas terras baixas sul-americanas, isso significava pesquisar populações consideradas de pequeno tamanho e complexidade. Em outro polo, se encontravam as notícias reunidas nos números semanais do *Aconteceu*, repercutindo os eventos mais marcantes para a relação entre os indígenas e o restante da "sociedade nacional". Mesmo mencionando o nome de etnias ou oferecendo a localização dos indígenas em questão, as matérias jornalísticas não bastavam para inserir as especificidades de cada povo no contexto mais amplo da política nacional: antes, era o global que se inseria no local, uma vez que o foco das notícias eram os agentes macroeconômicos (as frentes de expansão, o Estado, o capital internacional). Para leitores não especialistas, qual seria a importância de se indicar que uma estrada passaria pela terra dos Karipuna e não dos Kanamari? Sem informações adicionais, a mera indicação do etnônimo não seria suficiente para evitar a indianidade genérica, base da legislação e da política indigenista do período, ecoando a alteridade primordial sobre a qual os colonizadores reafirmavam suas qualidades de civilizados (Ramos, 1998). Assim, a distinção entre o polo das etnografias locais e o das notícias nacionais não é apenas de escala: ela diz respeito também ao lugar da diferença étnica e cultural. As edições regionais do *Povos Indígenas no Brasil* não colocariam apenas o "índio genérico" no mapa, distribuindo espacialmente os quantitativos populacionais. As publicações também iriam inserir as particularidades socioculturais e as condições específicas de contato interétnico de cada povo.

O desafio na confecção dos *Povos Indígenas no Brasil* regionais (chamados de livros por seus editores) estava na obtenção de todas as informações entre os pesquisadores de campo em um momento em que o Cedi lidava também com o engajamento na definição da "'nova' política indigenista no país" (Gallois, 1987: 130). É a partir de então que surgem as "fichas padrão de levantamento populacional", enviadas para possíveis colaboradores fornecerem os dados de que o centro necessitava. A edição dos livros ficava a cargo de antropólogos junto com o casal Ricardo: o número dedicado ao vale do Javari foi quase todo redigido por Julio Cezar Melatti (Cedi, 1981), ao passo que nas publicações referentes ao Amapá e norte do Pará (Cedi, 1983) e ao Pará (Tocantins) foi central a atuação de Dominique Gallois, a quem se juntaram também André Toral, Regina Müller e Vincent Carelli (Cedi, 1985). No início de cada livro, era informado que

> *Povos Indígenas no Brasil* é uma obra composta de 18 volumes que sistematiza os resultados de uma ampla *pesquisa-movimento*, envolvendo antropólogos, missionários, indigenistas, índios, fotógrafos, linguistas, jornalistas, médicos e outros, sobre povos indígenas que existem hoje no Brasil. (Cedi, 1981: 1, destaque do original)

A rede de colaboradores da pesquisa-movimento se formou a partir da sucursal do Cedi em São Paulo, com a intermediação de Beto e Fany Ricardo com os acadêmicos e apoiadores da causa indígena próximos ao centro ecumênico. Assim, as 154 "fichas padrão de levantamento populacional" que observamos foram, em sua maioria, preenchidas por antropólogos e missionários.[14] Entre 1978 e 1987, ano do último formulário registrado no Cedi, antropólogos preencheram 66 fichas e missionários, 41. Outros participantes foram indigenistas, enfermeiros, lideranças indígenas, linguistas, geógrafos, professores da educação básica, cantoras, fotógrafos e até mesmo um metalúrgico.

É importante observar a concentração das fichas nos primeiros anos do levantamento: na metade inicial dos dez anos do projeto, estão 131 das fichas; outras 17 restantes estão dispersas entre os anos 1983 e 1987, sendo que não há registro de qualquer ficha para o ano de 1985 e seis fichas não têm datação identificável. A queda nas contribuições toca no problema colocado por Gallois (1987): a decisão tomada pelo Cedi ao longo da década de 1980 de participar do debate legislativo que levaria à Constituinte de 1988. O crescente envolvimento do centro nas discussões políticas concentrou a formação da rede da pesquisa-movimento nos anos iniciais da década de 1980. A organização do campo dos apoiadores da causa indígena, nos anos finais da ditadura militar, exigiu que o núcleo da pesquisa-movimento não atentasse apenas para as publicações. Essa é a justificativa apresentada por Fany Ricardo para explicar por que os números anuais de *Povos Indígenas no Brasil* se tornariam plurianuais a partir de 1985 (Entrevista de Fany Ricardo e Tiago Moreira dos Santos, 2018). Os dados obtidos e veiculados pelo Cedi já teriam sido suficientes para permitir o avanço dos debates sobre os direitos indígenas na conjuntura política que se colocava com a reabertura democrática, como veremos adiante.

A observação do desenvolvimento temporal da pesquisa-movimento demonstra que há um ápice de participantes entre 1979 e 1982, com o número de missionários superando o de antropólogos apenas no início do projeto. Esses missionários, em sua maioria, eram membros do Cimi ou se alinhavam com os preceitos do ecumenismo estabelecidos no Cedi nas décadas anteriores. Poucos pertenciam a instituições dedicadas à conversão religiosa, como o Summer Institute of Linguistics. Mesmo com um grande envolvimento dos missionários em 1979 e em 1981, são as contribuições dos antropólogos que ganham maior relevo na confecção dos livros. O volume sobre o Amapá/Norte do Pará utiliza 29 fichas padrão, das quais 22 são de antropólogos, cinco de missionários e duas dos próprios indígenas, como indicado em quadro na própria publicação (Cedi, 1983: 2). E o *Povos Indígenas no Brasil* sobre o Javari, apesar de não compilar esta informação, também tem a maioria de suas contribuições advindas de antropólogos, como se descobre conferindo a profissão dos respondentes das fichas utilizadas em sua redação.

Os antropólogos não são apenas os maiores fornecedores de informações de campo, eles também são os principais formuladores das fichas padrão e dos volumes do *Povos Indígenas no Brasil*. Essa centralidade vai se refletir tanto na construção das questões enviadas aos colaboradores como na organização dos livros regionais. Nestes, a forma como os etnólogos pensam sobre seu objeto de estudo está cristalizada. As publicações estão estruturadas em capítulos sobre cada povo da área tratada, precedidos por uma introdução geral da região e uma apresentação do levantamento nas páginas iniciais. Se a escolha das 18 áreas do *Povos Indígenas no Brasil* é tributária de uma abordagem da antropologia social que, com base em semelhanças (linguísticas, sociológicas e históricas) entre populações próximas, define complexos regionais (Steward, 1948; Galvão, 1960; Melatti, [1970] 2007), o modo de elaborar os capítulos reflete outro pressuposto da etnologia da época, em que cada aldeia (ou "grupo local", termo também utilizado nas fichas padrão para se referir aos agregados populacionais) é tratada como uma sociedade, ponto que estará no cerne dos debates acadêmicos nas décadas seguintes (Strathern *et al.*, [1989] 1996; Gallois, 2005).

Esse ponto permite que cada capítulo seja lido como uma pequena etnografia que busca dar conta dos elementos básicos da vida social de cada povo mediante os seguintes tópicos: nome, língua, localização, população, histórico do contato, modo de vida, tutela e assistência, situação atual das terras e fontes de informação. Os textos trazem alguns pressupostos das monografias antropológicas do período. O primeiro, consequência do conceito de sociedade, é o de que cada grupo representa uma totalidade social, com coerência interna e condições suficientes para sua existência ao longo do tempo. Assim, é possível descrever "os Kulina" ou "os Marubo". Isso faz com que o povo, manifesto na aldeia no ou grupo local, seja a unidade de análise do levantamento. Outra suposição está na distinção entre os atributos tradicionais dessas populações e aqueles que são fruto do contato interétnico, tema que recebe grande atenção dos etnólogos a partir dos trabalhos de Roberto Cardoso de Oliveira (1964, 1968) e se desenvolve na antropologia do período a partir dos estudos sobre etnicidade (Barth, 1969; Cohen, 1974; Sider, 1994; ver também Ericksen, 1993), influenciando o campo indigenista brasileiro (Barroso-Hoffmann, 2005). Essa distinção, que remete ao debate entre o êmico e o ético na antropologia (Harris, 1976), está vinculada a um uso do conceito de cultura que objetifica o universo indígena como convencional (Wagner, [1975] 2009) – em outras palavras, isso significaria distinguir o que, no mundo vivido pela população estudada, seria propriamente indígena (reificando o que o observador considera "cultural") e o que não o seria. Nas publicações do Cedi (1981, 1983, 1985), isso poderá ser visto na organização dos capítulos em tópicos, os quais separarão "Modo de vida", seção na qual estarão descritos os princípios de organização social, parentesco, complexo ritual, cosmologia, padrão de residência e tudo aquilo que

é considerado tradicional, e "Histórico do contato", em que os autores relatarão a atuação dos colonizadores sobre os indígenas, passado e presente, com especulações sobre o futuro. Essa divisão de conteúdo tem como consequência a distinção entre o tempo histórico a que a agência indígena pertenceria e os efeitos contemporâneos do avanço das frentes de expansão colonial (Fabian, 1983). A diversidade cultural remete ao tradicional; o denominador comum de todos os povos estudados pelo Cedi será a moderna relação com a sociedade nacional.

As fichas e as doenças

A compartimentação da descrição sobre o universo indígena se iniciará na coleta dos dados. As fichas padrão foram produzidas em dois modelos, precedidos por um piloto simplificado iniciado provavelmente em 1978.[15] As fichas piloto não continham instruções para preenchimento, identificação dos colaboradores ou a data em que eram respondidas. Apresentavam dez questões gerais, todas com respostas abertas, e um espaço adicional para se elencar as referências bibliográficas sobre aquela população. Por conta da ausência de dados de identificação, sabemos apenas que esses formulários foram preenchidos até abril de 1979,[16] data do preenchimento da ficha sobre os Suruí Paiter neste formato. Os formulários datados a partir de junho do mesmo ano seguem um modelo distinto, com 59 perguntas.

As fichas piloto continham dez itens, referentes a informações básicas que o respondente pudesse registrar sobre o povo que conhecia (ver Anexo). O número reduzido de palavras nos enunciados conferia pequeno direcionamento e, na maioria dessas fichas, os colaboradores utilizaram o verso das páginas do formulário para adicionar mais informações, especialmente nos campos "Problemas mais graves" e "Pequena história do contato". Ali, expandiam as questões colocadas em "Tutela/assistência", "Situação da terra" e "Subsistência". O novo formato, que corresponde a mais de 90% das fichas, procurou dar conta desses problemas com novas instruções (Figura 1) e questões específicas dentro de blocos temáticos. A única modificação após junho de 1979 foi feita na seção sobre saúde, em dezembro do mesmo ano. Com isso, a maioria das fichas preenchidas durante o projeto seguiu o último modelo adotado, o que levou a maior padronização.

Figura 1 – Instruções para preenchimento das fichas padrão (1979-1987)

LEVANTAMENTO SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL. (Ficha padrão)

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

1. Esta é uma ficha-padrão utilizada para registrar as informações básicas a respeito da situação atual dos grupos indígenas no Brasil. Compõe-se de 59 questões , divididas pelos seguintes ítens: nome do grupo, língua, localização, população, tutela/assistência, educação, saúde, situação da terra e subsistência.
2. A ficha-padrão foi feita para abranger todos os grupos indígenas que vivem no país, em regiões e em condições de vida bastante diferentes. Portanto, o colaborador (aquele que preencher a ficha) deverá adaptá-la à realidade concreta do grupo indígena e ao seu conhecimento. Assim, cada colaborador deve sentir-se à vontade para devolver a ficha sem responder todas as questões, ou para acrescentar informações que julgue necessárias.
3. IMPORTANTE: Cada ficha-padrão deve ser preenchida, sempre que possível, para cada grupo local ou aldeia. Ou seja, nos casos de um mesmo grupo indígena que vive em mais de uma aldeia - grupo local - o colaborador deve deixar claro sobre qual delas está fornecendo informações. Isto não exclui a possibilidade do colaborador das informações gerais sobre o grupo todo, ou sobre outras aldeias/grupos locais do mesmo grupo indígena.
4. Caso os espaços deixados em branco para as respostas não sejam suficientes , utilizar o verso das folhas.

Fonte: acervo do Instituto Socioambiental.
Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/categorias-de-documentos/ficha-padrao-levantamentocedi>. Acesso em: 12 set. 2018.

No segundo modelo, adotado até 1987, nos três blocos iniciais ("Nome do grupo", "Língua" e "Localização") eram fornecidas informações sobre características básicas da aldeia estudada a partir de 12 perguntas. No quarto bloco, "População", buscava-se um histórico da demografia local, menos voltado para a construção de pirâmides etárias do que para o estabelecimento de relações entre as variações da ocupação da aldeia e o histórico do contato interétnico. Assim, nesse bloco há perguntas sobre "indivíduos ou famílias desaldeadas", bem como sobre o tipo das moradias ("se é o tradicional do grupo ou o modelo regional") e o formato da aldeia, com a sugestão de que o informante o desenhe. O quinto bloco, "Tutela e assistência", traz seis questões sobre a presença e o atendimento da Funai e de missionários

na aldeia. Ele abre os blocos seguintes, "Educação" e "Saúde", pensados quase que exclusivamente em termos da ação do Estado entre os indígenas. Por fim, há os blocos "Situação da terra", destinado à localização e situação jurídica do território indígena, e "Subsistência", para caracterização da economia local.

O bloco de saúde será o mais longo das fichas padrão, em suas duas versões (ver Anexo). Em sua forma definitiva, trará informações sobre partos (quantos nascimentos, onde ocorrem e quem os assiste), controle de natalidade, aleitamento materno, falecimento (com questões sobre a existência de atendimento médico para os falecidos e causa das mortes), doenças frequentes (para crianças e adultos), presença de profissionais da saúde na área (investigando também visitas de equipes volantes e encaminhamento de doentes para hospitais), vacinação, existência abundante de água potável nas proximidades, tratamento sanitário, medicamentos disponíveis e utilizados, acesso dos indígenas aos remédios e quem os administra. Há ainda a última questão do bloco, que indaga se "existe pajé ou xamã atuante", perguntando também "para que problemas ele dispõe de tratamento" e "qual a relação do pajé, feiticeiro ou xamã com o pessoal encarregado da medicina profissional e vice-versa?".

Um dos pontos centrais dessas questões são os cuidados das equipes médicas com o grupo retratado. Em um período marcado por grande número de epidemias, com acentuadas perdas populacionais de diversos povos, a preocupação com a presença de equipes volantes de saúde (EVS) e os cuidados dos profissionais domina as questões sobre saúde. Enfocando diretamente o combate a enfermidades, as perguntas reproduzem o modelo da história natural da doença (Leavell & Clark, 1976), voltando-se para as condições de prevenção, diagnóstico e tratamento das moléstias que afligiriam as aldeias pesquisadas. É importante notar que a modificação no bloco de saúde ocorrida em dezembro de 1979 inseriu nos formulários as perguntas sobre mortalidade, medicação, parturição, amamentação, acesso à água e rotina de trabalho da EVS, além de pedir detalhes sobre as vacinações (para que doenças, quando foram administradas e por quem). A maioria das questões da versão de junho de 1979 das fichas padrão tinha como foco as moléstias, indagando quais eram as doenças endêmicas, quais foram as epidemias mais recentes, se foram combatidas, e solicitando um "breve histórico" epidemiológico. Concentrando seus interesses no enfrentamento das enfermidades, essas fichas iniciais reproduziam a concepção biomédica de que a saúde se define pela ausência de doença.

É provável que essas mudanças sejam fruto do contato dos antropólogos do Cedi com membros da Escola Paulista de Medicina (atual Unifesp), que desenvolveu, a partir da década de 1960, o duradouro Projeto Xingu. O primeiro dos volumes regionais de *Povos Indígenas no Brasil* traz o nome do médico Rubens Brando como consultor da área de saúde das publicações (Cedi, 1981). Já atuando no Parque Indígena do Xingu durante sua graduação e envolvido com as mobilizações em

favor dos direitos indígenas em 1978, ano de sua formatura na Escola Paulista de Medicina, Brando passaria os anos seguintes comprometido com a saúde indígena até um fatal acidente de helicóptero em território Yanomami em 1982 (Brando, 1985). Assim, ele colaborou tanto com a parte de saúde do *Povos Indígenas no Brasil* sobre o Javari (Cedi, 1981) quanto com o volume sobre a região do Amapá e norte do Pará (Cedi, 1983), ao qual se junta outro egresso da Escola Paulista de Medicina, o endocrinologista João Paulo Botelho Vieira Filho. É possível estabelecer um paralelo entre os levantamentos médico-sanitários realizados por esses profissionais (a exemplo de Brando, 1981) e a versão final da parte de saúde das fichas, notando a similaridade na ordem das questões e nas caracterizações almejadas.

A participação de membros do Projeto Xingu nas discussões dos movimentos de apoio à causa indígena no final da década de 1970 permite compreender a reestruturação das questões de saúde das fichas padrão. O modelo consolidado em dezembro de 1979 começa com um diagnóstico da situação de saúde da população, prossegue buscando informações sobre a história natural da doença e termina com a pergunta sobre xamanismo. Ao passo que o aumento de informações do bloco de saúde reflete a maior influência dos médicos no modelo novo do formulário, o deslocamento da questão sobre métodos nativos de cura do início para o final do bloco indica a menor influência dos antropólogos ali. Pouco articulada com as informações que a antecediam, a indagação sobre a atuação de pajé ou xamã tem seu espaço para resposta reduzido.

A comparação entre os dois modelos de 1979 indica como o bloco de saúde se especializou, o que não ocorreu com os demais. O modelo anterior trazia perguntas abertas, buscando respostas discursivas que poderiam se estender às margens ou ao verso das fichas, como ocorre com o restante do questionário. A versão de dezembro apresentava questões objetivas, com opções de resposta preestabelecidas ou com apenas uma linha para o colaborador oferecer informações bem definidas. No segundo modelo, as instruções das perguntas exigem informações mais detalhadas, ao mesmo tempo que oferecem uma margem menor para o respondente inserir dados não solicitados. Também há uma mudança nos conceitos empregados, com a exclusão de termos como "epidemia" e "endemia" do enunciado das perguntas. Como as fichas padrão do segundo modelo perguntavam apenas de doenças, elas não exigiam que o colaborador definisse quais enfermidades seriam endêmicas e quais eventos foram epidemiológicos. Tendo em vista que apenas 4% fichas foram preenchidas por profissionais da saúde (seis enfermeiros), a alteração na redação desse bloco levou a uma apropriação epistêmica por parte dos médicos que observariam estes dados quando da produção dos livros: ao invés dos leigos, seriam os especialistas a classificar os eventos médico-sanitários.

A especialização da saúde dentro do Levantamento dos Povos Indígenas no Brasil pode ser vista também nos volumes regionais. Cada uma das três publicações

tem um conjunto de consultores responsáveis pela redação ou revisão de aspectos de cada capítulo. Em quase todos os casos, trata-se de antropólogos encarregados de temas como "situação fundiária", "terra", "coleções etnográficas", "etno-história", "etnologia" ou "cooperativismo". Apenas "saúde" e "línguas indígenas" permanecem sempre domínio de outros profissionais, os médicos e os linguistas. Isso tem um reflexo nos livros, organizados em capítulos correspondentes aos povos da área tratada, estes com seções correspondentes aos blocos das fichas padrão. Para aqueles povos em que a informação sobre saúde é abundante, algo comum no caso das fichas que têm o bloco completamente preenchido, a seção "Serviços de saúde" é tão extensa quanto a caracterização etnológica e a contextualização histórica do povo, tópicos que recebem a maior atenção dos capítulos das publicações. "Educação escolar", outro tema dentro do tópico "Tutela e assistência", será muito mais curta, revelando um contraste notável entre uma seção com dois ou três parágrafos breves e outra com até duas páginas.

A seção sobre saúde assume um tom de denúncia, presente também na maior parte dos volumes. Ao mesmo tempo, o conteúdo da narrativa está ancorado nas informações recebidas dos colaboradores de campo. Assim, além das respostas às questões das fichas padrão, o capítulo sobre os Xikrin é prenhe de informações imunológicas, com detalhada descrição técnica da prevalência média de anticorpos para diferentes tipos de vírus e o histórico de vacinação dos últimos 15 anos (Cedi, 1985). Esses dados foram fornecidos pelo médico João Paulo Botelho Vieira Filho, que fora consultor de saúde de outro volume (Cedi, 1983) e talvez seja o autor desse texto. "Serviços de saúde" do capítulo sobre os Marubo, por sua vez, apresenta uma longa lista de falecimentos recentes decorrentes de doenças, com poucas especificações técnicas sobre vírus e anticorpos, mas contextualiza socialmente os falecimentos, com registro dos papéis que alguns dos mortos tinham na aldeia, e relata as consequências das fatalidades (Cedi, 1981: 56). O autor era Julio Cezar Melatti, etnólogo que também havia preenchido a ficha padrão Marubo no modelo de meados de 1979, com questões que solicitavam menor grau de detalhe.

Esses dois extremos indicam a diversidade dos textos produzidos sobre a saúde de cada povo. Se com a padronização das perguntas das fichas buscava-se criar parâmetros para a comparação de diferentes populações, as redações revelavam os olhares polissêmicos sobre o tema, presentes também nas respostas das fichas padrão. Contudo, as variações ocorriam sobre o mesmo tema: o diagnóstico sobre a assistência médico-sanitária oferecida pela Funai, insuficiente para garantir o bem-estar das populações atendidas. Os dados apresentados no *Povos Indígenas no Brasil*, independentemente do estilo dos autores, conferiam à publicação legitimidade técnica. Tornava-se patente que as perdas populacionais estavam associadas não apenas à ocorrência de doenças, mas também ao inadequado serviço público. "Colocar os índios no mapa" não significava contabilizar apenas os vivos. Os mor-

tos também eram visibilizados e seus óbitos ganhavam um contexto, definido por ausência de vacinas, baixa frequência de visitação das EVS, falta de medicamentos, precárias condições sanitárias e outros elementos que indicavam que uma parte considerável dos falecimentos era evitável.

A saúde da terra e a Reforma Sanitária

Ao mesmo tempo que fornecia uma *accountability* inédita para as políticas de saúde indígena, a seção "Serviços de saúde" incorporava um debate político sobre quais eram as causas da depopulação indígena no país e os prognósticos para a sobrevivência dos povos tradicionais. Em "Situação atual da terra", parte seguinte a "Serviços de saúde" em cada capítulo, eram indicadas as localizações do povo retratado, as principais ameaças à sua sobrevivência e a situação jurídica do processo de demarcação. Apesar de nas publicações o diálogo entre essas seções raramente ser explícito, ambas apontavam para as condições de possibilidade da existência de indígenas no futuro do Brasil.

A maior discussão sobre o acesso à terra, no entanto, não está individualizada nos capítulos, tratando isoladamente de cada povo. Os volumes regionais contam com um longo texto introdutório sobre cada área, retraçando o histórico do contato interétnico na região e os impactos que os diferentes períodos da colonização tiveram sobre as populações indígenas. Nas três publicações, a conclusão desse texto, que antecede os capítulos sobre cada povo, aborda o presente da época e coloca seus horizontes, indicando como a garantia da terra era indispensável não somente para a sobrevivência dos povos originários, mas também para sua existência como grupo culturalmente diferenciado. Nesses capítulos, as pautas da saúde, da garantia de direitos e dos projetos de desenvolvimento econômico do país se unem para definir as propostas de atuação do Estado em prol dos indígenas. Era nesse ponto que a biomedicina se conectava à questão fundiária, incorporando elementos fundamentais da Reforma Sanitária, como a relação indissociável entre a qualidade de vida de uma população e seu contexto social e ecológico. As recomendações para a política indigenista que os volumes trouxeram estão ancoradas nos contextos particulares tratados: a publicação do vale do Javari indica que a extração de madeira representa o maior risco para os indígenas na região; para os indígenas do sudeste do Pará (Tocantins), a atuação da Companhia Vale do Rio Doce coloca o maior desafio, ao passo que no caso do Amapá e norte do Pará a mineração acontece por meio do garimpo que se alastra pela fronteira norte do país.

É interessante notar um efeito da apreensão dos dados das fichas pelos autores dos volumes regionais de *Povos Indígenas no Brasil*: ao mesmo tempo que as especificações técnicas orientavam a coleta de dados segundo um padrão científico,

as diferentes formas de descrever a saúde indígena nos capítulos dos livros colocavam um problema para a formulação de estatísticas e indicadores. A produção de dados quantitativos implica uma simplificação da complexidade social, traduzindo-a em um idioma compreensível e manuseável por diferentes instituições (Merry, 2016), o que ecoa as considerações weberianas da administração como dominação cotidiana da vida (Weber, 2012; cf. também Souza Lima, 2002). Porém, se a simplificação e a padronização são pré-requisitos para a legibilidade burocrática das medições da sociedade (Scott, 1998), as particularidades e a polissemia dos capítulos complexificavam e diversificavam as formas de retratar os povos estudados. Ao mesmo tempo que o Cedi apontava para a possibilidade de se criar bancos informacionais sobre aquelas populações, ele reinscrevia as quantificações em textos de inspiração etnográfica. Nestes, a comparação entre os fenômenos apresentados era qualitativa e revelava um diagnóstico comum das políticas públicas. Ao invés de comparar as taxas de mortalidade de diversos povos em determinada área, ou essas taxas para populações em áreas distintas, o Cedi relacionava as fatalidades às condições insalubres a que alguns povos estavam submetidos e à desassistência estatal. Os textos tinham inspiração sanitarista, como também ocorre com as recomendações sobre como lidar com as ameaças ao futuro dos povos indígenas.

Em todos os volumes, a resposta aos desafios para a contínua existência dos indígenas no país está na terra, o denominador comum a toda a diversidade de experiências coloniais. A novidade em relação aos atos políticos de 1978 contra a "falsa emancipação" está nos dados apresentados, com a sistematização das condições de vida de cada população retratada, dentro de um contexto regional específico. Essas estatísticas de resistência ainda não eram capazes de produzir indicadores científicos, mas começavam a tornar o argumento do Cedi *legível* aos olhos do Estado (Scott, 1998). Não por acaso, foram decisivos para impedir a mineração em terras indígenas, no diálogo entre o campo indigenista e o Congresso Nacional que antecedeu a Assembleia Constituinte (Entrevista de Marcio Santilli, 2018). Munidos de mapas, informações populacionais e registros sobre a atuação de agentes do Estado, o Cedi era capaz de estender a aura de objetividade dos dados quantitativos (Merry, 2016) para suas propostas sobre como formular políticas indigenistas em um novo contexto político. Assim, diante "do quadro traçado nesta introdução e das situações específicas detalhadas nos capítulos a seguir" (Cedi, 1983: viii), uma publicação oferece nove recomendações, todas voltadas para a garantia dos direitos fundiários, linha também seguida nos demais livros (Cedi, 1981, 1985).

A ameaça do Decreto de Emancipação de 1978 foi um evento catalisador para o movimento indígena e para os antropólogos (Bicalho, 2019; Carneiro da Cunha, 2018; Ramos, 1995), gerando diferentes respostas de membros da sociedade civil. A iniciativa do Cedi de produzir estatísticas populacionais para povoar o deserto informacional combateu a invisibilidade dos indígenas e forneceu um

primeiro experimento na produção de dados paraestatais de indígenas no Brasil (para outra discussão a respeito, ver Santos *et al.*, 2021). Além disso, organizou uma rede de trabalho com acadêmicos de diferentes formações, que contribuíram com a instituição ao longo da década de 1980. Com o crescente engajamento nos debates da Constituinte, em meados da década, a produção dos volumes regionais do *Povos Indígenas no Brasil* perdeu força: o momento político demandava mobilização com o foco dirigido para as ações políticas, e não para a publicação de detalhadas enciclopédias etnográficas. Assim, os anuários do Cedi assumiram o primeiro plano das publicações da organização, noticiando os principais acontecimentos do período considerado. Ao mesmo tempo que desmobilizou o Levantamento do Povos Indígenas no Brasil, a Constituinte criou objetivos comuns para os indígenas, os antropólogos e os apoiadores da Reforma Sanitária: os direitos fundiários indígenas e o multiculturalismo, pilares para a existência de grupos étnica e culturalmente diferenciados no país, consolidados na Constituição Federal de 1988.

Além da Constituição Federal, a Nova República assistiu à inclusão da categoria "indígena" na questão de "cor ou raça" do Censo Demográfico de 1991. Ambos os acontecimentos marcaram o início de uma nova relação dos povos tradicionais com o Estado e suas estatísticas oficiais, fundada na consideração de que, como defendiam Fany e Beto Ricardo, "os índios estão no Brasil para ficar", devendo ser foco de políticas públicas que respeitem suas especificidades e garantam seu bem viver. Mesmo com o arrefecimento do Levantamento dos Povos Indígenas no Brasil ao longo da década de 1980, com o próprio Cedi encerrando suas atividades em 1995 e dando origem a outras ONGs, é possível afirmar que os princípios norteadores do empreendimento não se perderam. Malgrado as ofensivas recentes de membros do Estado contra os indígenas (Carneiro da Cunha *et al.*, 2017), os direitos constitucionais continuam resguardando seu acesso à terra e a implementação de programas sociais moldados para esses grupos, com sucesso relativo. Nas últimas décadas, isso levou à criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do Sistema Único de Saúde (SasiSUS), além da multiplicação de fontes de estatísticas oficiais, a exemplo do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi).

Se o território continua sendo o centro da disputa entre os indígenas e a elite agrária conservadora, ele persiste estruturando os eixos das políticas de saúde indígena (com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas mapeando diferentes regiões culturais e as transformando em áreas administrativas) e ainda está na base da ONG que incorporou os desdobramentos do Levantamento do Povos Indígenas no Brasil, seus especialistas e suas afinidades com as pautas da Reforma Sanitária e da promoção dos direitos indígenas: a ideia de que "socioambiental se escreve junto".

Notas

[1] Este capítulo foi preparado no âmbito do projeto de pesquisa Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas, com financiamento concedido a Ricardo Ventura Santos pela Wellcome Trust/UK (projeto n. 203486/Z/16/Z). O primeiro autor (BNG) é bolsista de pós-doutorado no âmbito do Projeto Wellcome, com vinculação ao Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer Conep n. CAAE 61230416.6.0000.5240); informações adicionais sobre o projeto de pesquisa são encontradas na Apresentação deste volume.

Foram consultados os seguintes acervos: Acervo do Projeto Memórias Ecumênicas Protestantes no Brasil, com os números do *Boletim do CEI* (n. 1 a 148) e de *Tempo e Presença* (n. 149 a 345), além de especiais do CEI e do Cedi. Disponível em: <https://kn.org.br/> e Acervo do Instituto Socioambiental, com as fichas padrão e documentos do Cedi sobre a pesquisa movimento: <https://acervo.socioambiental.org/>. Para outras informações sobre os entrevistados citados ao longo deste capítulo, ver Apêndice deste volume.

[2] Um exemplo é a atuação de Márcio Santilli, importante membro do Cedi e deputado federal entre 1982 e 1986, fazendo a ponte entre o movimento indígena e seus apoiadores e o Congresso na legislatura seguinte, quando da redação da nova Carta Magna.

[3] Questionada sobre o surgimento do interesse pela pauta indígena, Fany Ricardo respondeu que "começou com as ciências sociais na USP, nós fizemos ciências sociais lá e a antropologia acabou, a gente acabou sendo fisgado pela antropologia, na época a antropologia na USP tava meio em crise, os alunos se revoltaram contra, fizeram um monte de lixo no centro acadêmico e escreveram 'Antropologia', assim, uma faixa, não gostavam do que tava acontecendo com a antropologia, mas até a Ruth Cardoso, e aí a Eunice Ribeiro Durham, que era da antropologia, saíram da antropologia, enfim, foi uma crise grande, tanto que o Beto nem foi fazer tese sobre índio, foi sobre cangaço" (Entrevista de Fany Ricardo e Tiago Moreira dos Santos, 2018).

[4] Falando do período, Fany Ricardo analisa: "Eu acho que não tinha muito, a questão indígena, essa época era uma época muito efervescente, que todo mundo só queria saber de política, os cursos de política eram superinflados, na antropologia não ia ninguém, era um pouquinho, a antropologia realmente era a filha do imperialismo..." (Entrevista de Fany Ricardo e Tiago Moreira dos Santos, 2018).

[5] Brandão era próximo de Jether Ramalho, um dos principais fundadores do CEI, desde o final da década de 1960. Assim, conectava o movimento ecumênico a um setor da antropologia engajado com a questão fundiária no Brasil.

[6] Em entrevista de Ismarth de Araújo Oliveira a *O Globo* (26 abr. 1978), fica claro que a ditadura ainda não havia definido todos os pontos do plano, mas tinha uma clara ideia de seus objetivos. Ao longo de 1978, uma minuta definindo os termos da emancipação teria sido elaborada e estaria prestes a ser lançada como decreto presidencial (CPI-SP, 1979).

[7] Ver "Histórico da emancipação" (CPI-SP, 1979: 9).

[8] Tanto de acadêmicos, como relata Carmen Junqueira (Entrevista de Carmen Junqueira, 2018), como de associações indígenas (Valente, 2017) e de organizações eclesiásticas.

[9] Em 27 de dezembro de 1976, Rangel Reis declarou: "Vamos procurar cumprir as metas fixadas pelo presidente Geisel, para que através de um trabalho concentrado entre vários ministérios, daqui a 10 anos possamos reduzir para 20 mil os 220 mil índios existentes no Brasil e daqui a 30 anos, todos eles estarem devidamente integrados na sociedade nacional" (CPI-SP, 1979: 11).

[10] No início do levantamento, ambos se encontraram com Darcy Ribeiro, que teria proposto assumir a frente do projeto, convidando o casal a trabalhar para ele. Contudo, a diferente concepção do campo indigenista e das teses etnológicas de Ribeiro levaria Beto e Fany Ricardo a atuarem sem o auxílio do ex-funcionário do SPI (Entrevista de Fany Ricardo e Tiago Santos, 2018).

[11] Por participar das articulações pelos direitos indígenas e estar próxima dos esforços de produção de dados sobre esses povos desde a década de 1970, Marta Azevedo acompanhou os empreendimentos do Cedi e colaborou com a condução da entrevista de Fany Ricardo e Tiago Santos, durante a qual fez este comentário.

[12] O Cedi define os especiais da seguinte forma, na apresentação dos próprios volumes: "São publicações anuais ou extraordinárias, quando determinados fatos tenham importância para aquelas lutas a que se dedica aquela publicação" (Cedi, 1982: 1).

[13] Como indicou Márcio Santilli em entrevista ao Projeto Wellcome: "E o governo tinha decretado a extinção dos índios em vários lugares e tal, quer dizer, estados inteiros – no Acre, por exemplo, teve uma declaração formal do estado dizendo que os índios estavam extintos e não sei o quê –, e depois foram ver, estava cheio de índios, de várias etnias, em vários cantos, em vários lugares, né? Então, isso foi uma compilação do período mais da metade para o fim da ditadura, do período da ditadura, que era um projeto do Cedi de botar os índios no mapa, de fazer um mapa" (Entrevista de Marcio Santilli, 2018).

[14] Esse número corresponde ao total de fichas que encontramos no Acervo Virtual do Instituto Socioambiental (ISA). Agradecemos a Thiago Moreira dos Santos e à bibliotecária Leila Maria Monteiro Silva por nos terem auxiliado na busca pelos documentos. Segundo esses funcionários do ISA, quase toda a documentação do instituto se encontra em seu Acervo Virtual. Ainda assim, é possível que exista alguma ficha que não tenhamos encontrado.

[15] Como o formulário piloto não continha local para registro da data de seu preenchimento e nas publicações do Cedi não é explícita a data exata de produção do primeiro questionário, procuramos indícios que ajudassem a localizar temporalmente a iniciativa. Em um quadro com as contribuições das fichas padrão para o *Povos Indígenas no Brasil* do Amapá/Norte do Pará, há uma ficha Waiãpi preenchida em 1978 (Cedi, 1983: I), razão pela qual supomos que ainda no final desse ano o formulário piloto foi desenvolvido. Não descartamos a hipótese, contudo, de que o preenchimento tenha sido retrospectivo, dado que há uma indicação de preenchimento para 1976, também dos Waiãpi, povo já pesquisado pela antropóloga Dominique Gallois, que contribuiu com fichas desde 1979 e ajudou a redigir o volume.

[16] Não encontramos registro no ISA e em outros arquivos da data exata da atualização das fichas. Fany Ricardo, Marta Azevedo e outras pessoas entrevistadas também não souberam precisar

o momento da alteração. Como há uma ficha no modelo piloto cujo autor diz estar escrevendo em abril de 1979, e como todas as fichas após junho de 1979 seguem o padrão posterior, supomos que a mudança tenha ocorrido nesse período. Porém, é possível (mas improvável, dada a urgência dos editores pelos dados) que um formulário recebido antes da atualização tenha sido preenchido meses depois da adoção do novo modelo. Encontramos ainda um terceiro modelo de fichas, preenchido apenas para os Tapirapé em junho de 1979, que parece ser intermediário entre os formulários já citados: as questões são mais semelhantes às das fichas pós-junho de 1979, porém ainda não há instruções para preenchimento e/ou caracterização do respondente. Acreditamos se tratar de uma versão provisória das novas fichas de levantamento populacional.

Referências

ALBERT, B. Territorialité, ethnopolitique et développement: à propos du mouvement indien en Amazonie brésilienne. *Cahiers des Amériques Latines*, 23: 177-210, 1995.

BARBOSA, J. M. A. & FAGUNDES, M. G. Brasil, uma revoada de pássaros: o protagonismo indígena no processo Constituinte. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 10(20): 175-196, 2018.

BARROSO-HOFFMANN, M. Do "Brasil sem índios" aos "índios sem Brasil": algumas questões em torno da cooperação internacional junto aos povos indígenas no Brasil. *Anthropológicas*, 16(2): 153-186, 2005.

BARTH, F. *The Ethnic Groups and Boundaries*. Boston: Little, Brown and Company, 1969.

BICALHO, P. Resistir era preciso: o Decreto de Emancipação de 1978, os povos indígenas e a sociedade civil no Brasil. *Topoi*, 20(40): 136-156, 2019.

BRAND, A. Cimi: 40 anos em defesa dos povos indígenas. Entrevista especial com Antônio Brand. *Amazônia: Notícia e Informação*, São Paulo, 26 maio 2012. Disponível em: <http://amazonia.org.br/2012/05/CIMI-40-anos-em-defesa-dos-povos-ind%C3%ADgenas-entrevista-especial-com-ant%C3%B4nio-brand/>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRANDO, R. B. Levantamento das condições médico-sanitárias dos índios Yanomami no Brasil – 1981. *Relatório às agências financiadoras*. Manuscrito, 1981. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/YAD00013.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

BRANDO, R. B. *Vida e Morte de um Indigenista Por Ele Próprio*. São Paulo: Ícone, 1985.

BRASIL. Lei 5.371, de 5 dez. 1967. Autoriza a instituição da "Fundação Nacional do Índio" e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 dez. 1967. Seção 1, p. 12.223.

BRASIL. Lei 6.001, de 19 dez. 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 dez. 1973. Seção I, p. 13.177.

BRITO, A. S. Pastores e leigos protestantes "comunistas" sob a "mira" dos órgãos de informação e de repressão da ditadura militar brasileira. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA: ANPUH, 26, 2011, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Anpuh, 2011. Disponível em: <https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548855460_891b0376e58aed022f24e0ef874ed38e.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. *O Índio no Mundo dos Brancos: a situação dos Tikuna do Alto Solimões*. São Paulo: Difel, 1964.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. *Urbanização e Tribalismo: a integração dos índios Terena numa sociedade de classes*. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. Terena. *In*: COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. *A Questão da Emancipação*. Coord. Lux Vidal. São Paulo: Global, 1979. (Cadernos da Comissão Pró-Índio, 1)

CARNEIRO DA CUNHA, M. Índios na Constituição. *Novos Estudos Cebrap*, 37(3): 429-443, 2018.

CARNEIRO DA CUNHA, M. *et al*. Indigenous peoples boxed in by Brazil's political crisis. *Hau: Journal of Ethnographic Theory*, 7(2): 403-426, 2017.

CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO (CEDI). *Povos Indígenas no Brasil. Vol. 5 - Javari*. Rio de Janeiro: Cedi, 1981. (Série Aconteceu Especial)

CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO (CEDI). *Aconteceu Especial – Povos Indígenas no Brasil, 1981*. Rio de Janeiro: Cedi, 1982. (Série Aconteceu Especial)

CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO (CEDI). *Povos Indígenas no Brasil. Vol. 3 - Amapá/Norte do Pará*. Rio de Janeiro: Cedi, 1983. (Série Aconteceu Especial)

CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO (CEDI). *Povos Indígenas no Brasil. Vol. 8 - Pará (Tocantins)*. Rio de Janeiro: Cedi, 1985. (Série Aconteceu Especial)

CENTRO EVANGÉLICO DE INFORMAÇÃO (CEI). *Boletim do CEI*, 1, mar. 1965. Disponível em: <http://koinonia.org.br/protestantes/uploads/novidades/Boletim-do-CEI_001.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

COHEN, A. *Urban Ethnicity*. London: Tavistock, 1974.

COMISSÃO NACIONAL DA VERDADE (CNV). *Relatório: textos temáticos*. Brasília: Governo Federal, 2014.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO (CPI-SP). *A Questão da Emancipação*. Coord. Lux Vidal. São Paulo: Global, 1979. (Cadernos da Comissão Pró-Índio, 1)

ERICKSEN, T. *Ethnicity and Nacionalism*. London: Pluto Press, 1993.

ESPELAND, W. & STEVENS, M. Commensuration as a social process. *Annual Review of Sociology*, 24: 313-343, 1998.

FABIAN, J. *Time and the Other: how anthropology makes its object*. New York: Columbia University Press, 1983.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. *In*: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GALLOIS, D. Centro Ecumênico de Documentação e Informação – Cedi. *In*: OPERAÇÃO AMAZÔNIA NATIVA (OPAN). (Org.). *Ação Indigenista como Ação Política (simpósio realizado em janeiro de 1986)*. Cuiabá: Opan, 1987.

GALLOIS, D. (Org.). *Redes de Relações nas Guianas*. São Paulo: Humanitas, 2005.

GALVÃO, E. Áreas culturais indígenas no Brasil, 1900-1959. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, (8): 1-41, 1960. (Série Antropologia)

HARRIS, M. History and significance of the emic/etic distinction. *Annual Review of Anthropology*, 5: 329-350, 1976.

KRENAK, A. O movimento indígena e a Constituição. Entrevista com Ailton Krenak (2013). *In*: COHN, S. (Org.). *Encontros: Ailton Krenak*. Rio de Janeiro: Azougue, 2015.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEWIS, N. Genocide. *Sunday Times*, 23 fev. 1969. Disponível em: <https://assets.survivalinternational.org/documents/1094/genocide-norman-lewis-1969.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

MELATTI, J. C. *Índios do Brasil* [1970]. São Paulo: Edusp, 2007.

MERRY, S. E. *The Seductions of Quantification*. Chicago: The University of Chicago Press, 2016.

MUDANÇA na Funai é esperança para o índio. *O Estado de S.Paulo*, 18 abr. 1976.

MURPHY, M. *The Economization of Life*. Durham: Duke University Press, 2017.

O'NEIL, C. *Weapons of Math Destruction: how big data increases inequality and threatens democracy*. New York: Crown Publishers, 2016.

PREZIA, B. *Caminhando na Luta e na Esperança: retrospectiva dos últimos 60 anos da Pastoral Indigenista e dos 30 anos do Cimi*. São Paulo: Loyola, 2003.

RADCLIFFE-BROWN, A. *Structure and Function in Primitive Society*. London, New York: MacMillan, 1952.

RAMALHO, J. R. Histórias de vida entrelaçadas: trajetória de Jether, presença de Lucília. *In*: RAMALHO, J. R. *Uma Presença no Tempo: a vida de Jether Ramalho*. São Leopoldo: Oikos, 2010.

RAMOS, A. R. O índio hiper-real. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 10(28): 5-14, 1995.

RAMOS, A. R. *Indigenism: ethnic politics in Brazil*. Madison: The University of Wisconsin Press, 1998.

RELATÓRIO Figueiredo. 6ª Câmara – Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais. Ministério Público Federal, 1967. Disponível em: <www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/violacao-dos-direitos-dos-povos-indigenas-e-registro-militar/relatorio-figueiredo>. Acesso em: 1 jul. 2021.

RIBEIRO, D. *Os Índios e a Civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. Petrópolis: Vozes, 1977.

RUFINO, M. P. O código da cultura: o Cimi no debate da enculturação. *In*: MONTERO, P. (Org.). *Deus na Aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Globo, 2006.

SANTOS, S. C. Índios do sul do Brasil. *In*: COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. *A Questão da Emancipação*. Coord. Lux Vidal. São Paulo: Global, 1979. (Cadernos da Comissão Pró-Índio, 1)

SANTOS, R. V. *et al*. The identification of Indigenous population in Brazil's official statistics, with an emphasis on demographic censuses. *Statistical: journal of the International Association of Official Statistics*, 35: 29-46, 2019.

SANTOS, R. V. *et al*. The quest for visibility and legibility: quantifying the indigenous population in Brazil in the late Twentieth century, 2021. (Mimeo.)

SCOTT, J. *Seeing Like a State: how certain schemes to improve human condition have failed*. Yale: Yale University Press, 1998.

SIDER, G. Identity as history: ethnohistory, ethnogenesis and ethnocide in the Southeastern United States. *Identities: Global Studies in Culture and Power*, 1(1): 109-122, 1994.

SOUZA LIMA, A. C. (Org.). *Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, NuAP, 2002.

STEWART, J. *Handbook of South American Indian: the tropical forest tribes*. v. 3. Washington: Smithsonian Institution, 1948.

STRATHERN, M. *et al*. The concept of society is theoretically obsolete. *In*: INGOLD, T. (Ed.). *Key Debates in Anthropology* [1989]. London: Routledge, 1996.

VALENTE, R. *Os Fuzis e as Flechas: história de sangue e resistência indígena na ditadura*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

WAGNER, R. *A Invenção da Cultura*. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

WEBER, M. *Economia e Sociedade.* v. 1. Brasília: Editora UnB, 2012.

Anexo

Questionário 1978

Grupo linguístico: Localização: Outras denominações/subgrupos: População (total – data – fonte):
Situação do contato (ano/tipologia): Tutela/assistência (posto – missão – infraestrutura): Situação da terra (área, situação jurídica, conflitos, invasões): Subsistência (trabalho): Problemas mais graves (indicar quem fala):
Pequena história do contato: Pequena bibliografia:

Questionário 1979a

28. Existe pajé ou feiticeiro na aldeia? (   ) Não (   ) Sim. O pajé faz diferença entre doença de branco e doença de índio? Administra ervas ou medicamentos? Que outros tratamentos são praticados pelo grupo?
29. Quais os recursos de assistência médico-sanitária que o grupo indígena recebe? (Por parte da Funai, missões, etc.)? Como é dada a assistência, com que frequência?
30. Qual a relação do pajé(s) ou feiticeiro(s) com o pessoal que presta assistência médico-sanitária?
31. Quais as vacinações realizadas na população indígena: (marcar com 'x'). Quando e por quem foram realizadas? Ano — Por quem (   ) Sabin para poliomielite (   ) BCG para tuberculose (   ) Tríplice para crupe, tétano e tosse comprida (   ) Sarampo (   ) Anti-varíola

32. Existem registros destas vacinações na aldeia ou no Posto? ( ) Sim ( ) Não

Existem fichas médicas individuais? ( ) Não ( ) Sim Como é o modelo?

33. Quais as doenças que mais frequentemente atingem o grupo? Se possível dê o número de casos por doença no último ano e nos últimos 5 anos.

34. Existe malária na área? ( ) Não ( ) Sim. Qual a extensão? Se possível, dê o número de casos e o número de mortos por malária no último ano e nos últimos 5 anos.

35. É feita a borrifação anti-malária com inseticida? ( ) Não ( ) Sim

Quantas vezes?

36. Existe doença de Chagas na área? ( ) Sim ( ) Não

E lepra? ( ) Sim ( ) Não

E esquistossomose? ( ) Sim ( ) Não

E tuberculose? ( ) Sim ( ) Não

E outras endemias? Especificar:

(Se possível, citar o número de casos e de mortes nos últimos 5 anos e quais as providências tomadas)

37. Houve alguma epidemia recente? Marcar com x.

	Ano	Nº de mortes
( ) Sarampo		
( ) Varíola		
( ) Gripe		
( ) Meningite		
( ) Outras epidemias		

38. Foi tomada alguma providência para combater essas epidemias?

Quais?

Por quem?

39. Se possível dê um breve histórico das epidemias sofridas pelo grupo até hoje, citando o ano e o tipo de epidemia.

Ano	Tipo de Epidemia	Nº de Mortes

Questionário 1979b

28. De hoje até um ano atrás, quantas crianças nasceram? Ocorreu alguma complicação nesses partos? ( ) Não ( ) Sim O que?
29. Onde são feitos os partos? ( ) Hospital ( ) Domicílio ( ) Outro Especifique: Quem faz os partos? ( ) Pessoa da família (dar os parentesco com os pais da criança) ( ) Médico ( ) Atendente ( ) Outros (especificar):
30. Praticam alguma forma de controle de natalidade? ( ) Não ( ) Sim Como? Praticam o infanticídio? ( ) Não ( ) Sim Quando?
31. Até que idade as crianças mamam no peito?
32. De hoje até um ano atrás, quantas pessoas morreram? Tiveram assistência médica antes da morte? ( ) Não ( ) Sim Quem a prestou? De que morreram essas pessoas e que idade tinham? Quais as causas de morte mais frequentes?
33. Quais as doenças mais frequentemente nas crianças (em ordem decrescente)? Quais as doenças mais frequentes nos adultos (em ordem decrescente)?

34. Existe profissional de saúde trabalhando na área? (   ) Não (   ) Sim

Que formação tem?

Há quanto tempo trabalha na área? Quem paga?

- A equipe volante da Funai presta assistência na área? (   ) Não (   ) Sim
  - – Com que frequência?
  - – Como é seu relacionamento com a população?
- Existem outras entidades prestadoras de serviço de saúde? (   ) Não (   ) Sim

  Especifique:
  - – No último ano, quantas pessoas já foram encaminhadas para internação?
  - – Para que hospitais foram encaminhados?
  - – Quais foram os diagnósticos feitos?

35. Quais as vacinações realizadas na população indígena? (Marcar com x)

Quando e por quem foram realizadas?

	Ano	Por quem
( ) Sabin para poliomielite		
( ) BCG para tuberculose		
( ) Tríplice para crupe, tétano e tosse cumprida		
( ) Sarampo		
( ) Anti-varíola		

- Quantas pessoas foram, aproximadamente, vacinadas?
- Existe registro destas vacinações no Posto, Missão ou aldeia?

(   ) Sim (   ) Não (Marcar com x)

Existem fichas médicas individuais? (   ) Não (   ) Sim

Como é o modelo?

36. Existe água potável em abundância? (   ) Não (   ) Sim

- É dado algum tratamento aos excretos? (   ) Não (   ) Fossa (   ) Enterram
- É feita a borrifação anti-malária com inseticida? (   ) Não (   ) Sim

Quantas vezes?

37. Assinale os medicamentos existentes no local (marcar com x)

( ) Analgésicos	( ) Álcool
( ) Antibióticos	( ) Vermífugos
( ) Antifúngicos	( ) Material curativo
( ) Anti-histamínicos	( ) Outros – especificar:

38. Os índios têm livre acesso aos remédios? (   ) Não (   ) Sim

Quem administra os medicamentos?

39. Existe pajé ou xamã atuante? (   ) Não (   ) Sim

- Para que problemas ele dispõe de tratamento? Qual o tipo de tratamento empregado?
- É feita distinção entre doença de branco e doença de índio?
- Qual a relação do pajé, feiticeiro ou xamã com o pessoal encarregado da medicina profissional e vice-versa?

Observação:

Existe algum ponto importante no campo da saúde que não tenha sido abordado neste questionário? Por favor se sinta à vontade para completar o que julgar necessário:

"Uma Oportunidade Inusitada que Desaparece Rapidamente": doenças infecciosas, populações indígenas e a produção de conhecimentos biomédicos na Amazônia, 1960-1970[1]

Rosanna Jane Dent
Ricardo Ventura Santos

Em 1966, uma equipe composta por cientistas brasileiros e estrangeiros passou uma semana registrando, criteriosamente, a temperatura corporal e outros sinais e sintomas clínicos de 110 indígenas da etnia Tiriyó, cujas comunidades se localizam ao longo da fronteira do Brasil com o Suriname (Black *et al.*, 1969). Liderados por Francis Black, virologista e imunologista da Universidade Yale, os pesquisadores enfrentaram uma "epidemia" com características bastante especiais, distinta das mais comumente observadas nas populações indígenas, que costumam resultar em doença generalizada, colapso das atividades de subsistência, fome e, via de regra, elevada mortalidade (Ribeiro, 1956; Coimbra Jr., 1987; Crosby, 2003; Jones, 2003, 2004).

Na verdade, o que estava acontecendo nos Tiriyó era um evento planejado, controlado e cuidadosamente monitorado. Resultava da aplicação de uma nova tecnologia: a vacina contra o sarampo com vírus vivo e atenuado da cepa Schwarz. Em várias partes do mundo, na ocasião, essa vacina estava sendo testada em populações humanas, como parte de diversas iniciativas, inclusive da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1963). Mas a pesquisa de campo conduzida por Black não se destinava apenas a testar a vacina. Como Black enfatizaria alguns anos depois, a "vacina produz um modelo ético e conveniente para o estudo do sarampo, pois provoca quase todos os aspectos sintomáticos da doença natural, porém de forma menos intensa" (Black *et al.*, 1982: 42).

Monitorando as condições clínicas dos Tiriyó, os cientistas esperavam confirmar que a aplicação da vacina era segura no caso das populações nativas do Novo Mundo. As iniciativas de desenvolvimento de uma vacina contra o sarampo, na década de 1960, contemplavam tanto a utilização de vírus inativado como cepas atenuadas. Nesse contexto, emergiu um debate acerca de se as populações indígenas seriam imunologicamente "competentes". Será que produziriam anticorpos, uma vez expostas ao vírus vivo atenuado, tal como as populações do Velho Mundo, com longa história de exposição ao sarampo? Ou seriam seus sistemas imunológicos insuficientes para deter a cepa atenuada, o que os levaria a

desenvolver a doença, que justamente deveria estar sendo prevenida por meio da vacina? A equipe de pesquisadores coordenada por Black concluiu que os Tiriyó apresentaram reações à vacina que não implicavam "empecilho grave para sua imunização" (Black *et al.*, 1969: 174).

A pesquisa sobre os Tiriyó foi a primeira incursão de Black na Amazônia. Nas quatro décadas seguintes, os trabalhos de campo que desenvolveria na região se tornariam o foco central de sua carreira científica (Black, 1994, 1997; Santos *et al.*, 2020a). As pesquisas do virologista epidemiologista tiveram início com os dados que ele colheu no contexto de testes de vacinas no campo, como parte de um programa global que almejava reduzir as epidemias de sarampo. Com base nos perfis sorológicos dos Tiriyó e de outras populações, Black voltou sua atenção para a relação entre demografia e questões epidemiológicas, teorizando sobre a relação entre certos parâmetros, como o tamanho das populações, e as possibilidades de persistência ou ausência de diversos tipos de patógenos (Black, 1975; Black *et al.*, 1974). Sua transição para essas questões mais amplas, sobre quais tipos de doenças infecciosas – virais, parasitárias, bacterianas – poderiam persistir em grupos humanos com densidades e estruturas populacionais específicas, ligou-se, explicitamente, a esforços para compreender a história evolutiva humana e a ascensão da agricultura e da "civilização" milhares de anos atrás, havendo também o interesse quanto às realidades epidemiológicas contemporâneas. Considerando doenças como o sarampo, que eram virulentas, de disseminação rápida e curta duração, Black lançou a hipótese de que algumas infecções somente poderiam ter se mantido nas populações humanas após o surgimento da agricultura e a emergência de aglomerações humanas de grande tamanho e densidade.[2]

Um dos principais cientistas do campo da biomedicina a trabalhar na Amazônia na segunda metade do século XX, o pesquisador de Yale fez parte de uma geração que se voltou para o estudo da biologia dos povos indígenas. Eles conduziram pesquisas nas mais variadas partes do mundo, com o intuito de elaborar modelos genéticos e epidemiológicos aplicáveis à espécie humana de forma mais geral. As narrativas científicas surgidas dessa vertente de pesquisas em meados do século XX situaram as populações indígenas como "portais do passado" (Radin, 2013: 487). Tais abordagens se expandiram a partir dos anos 1960, especialmente no campo da genética das populações humanas. Pesquisadores que operavam nessa vertente concebiam as populações indígenas como tema de estudo privilegiado, visto como essencial para a compreensão de processos mais amplos da evolução humana em escalas temporais de dezenas de milhares de anos (Santos, 2002; Lindee & Santos, 2012; Radin, 2013, 2017; Kowal *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2014; ver também Haraway, 1989).

Entretanto, ao conceder status epistemológico aos grupos nativos, os cientistas buscavam substanciar não apenas modos particulares de compreensão do

passado, mas também perspectivas que mirassem o futuro (Radin, 2013; Kowal *et al.*, 2013). No contexto de escalada da Guerra Fria, supunha-se que as populações indígenas não teriam sido expostas aos níveis crescentes de radiação observados no Ocidente. Sendo assim, o estudo da genética de povos indígenas foi visto como uma fonte potencial de informações para a compreensão dos níveis "naturais" de mutação e mudança genética resultantes de transformações tecnológicas (Lindee, 2001, 2004; Bangham & de Chadarevian, 2014; Santos *et al.*, 2014). De acordo com a historiadora da ciência Joanna Radin, no âmbito de programas de pesquisa como o International Biological Program (IBP) uma parcela importante das investigações internacionais sobre diversidade biológica, nos anos 1960 e 1970, baseou-se na ideia de que os "corpos [indígenas] conservavam traços do passado remoto, que seriam potencialmente valiosos para a sobrevivência dos seres humanos no futuro distante" (Radin, 2012: 89-90). Segundo essa concepção, as populações indígenas "viviam mais perto da natureza ou em equilíbrio com ela" (Radin, 2012: 69), razão pela qual poderiam servir de modelos tanto para o passado quanto para o futuro.

Estudos recentes têm evidenciado que os pesquisadores da área da biomedicina nas décadas de 1960 e 1970 justificaram a posição epistêmica privilegiada dos povos indígenas como tema de estudo enfatizando características geográficas, culturais e ecológicas. Abordamos, aqui, questões acerca do potencial e da problemática que as doenças infecciosas representaram para as abordagens científicas das populações indígenas da Amazônia nesse período. A ocorrência de infecções e doença, quer endêmicas ou introduzidas, quer epidêmicas ou sistematicamente presentes em nível baixo, tornou-se uma dimensão importante para determinar a inclusão de certas comunidades para fins da investigação científica. As doenças infecciosas tiveram relevância especial, pois os cientistas entendiam a susceptibilidade e/ou a resistência como determinantes essenciais acerca das características genéticas e das possibilidades de indivíduos e comunidades propagarem seus genes. A posição das comunidades indígenas como "populações de cognição" dependia de seus perfis de saúde e da presença, ausência ou prevalência de determinadas doenças – fator-chave que ainda está por merecer a atenção devida nos estudos em história da ciência (Suárez-Diaz *et al.*, 2017). Os povos indígenas funcionavam como "populações de cognição", dado que a partir delas os cientistas conceituavam ou criavam modelos para explicar questões científicas. Ou seja, os pesquisadores usaram as populações indígenas como ferramentas de representação com vistas a compreender processos de larga escala no nível da espécie humana. Projetaram observações contemporâneas no passado, atribuindo sentido com base em várias suposições sobre os grupos estudados, a fim de compreender não somente momentos pretéritos, mas também o presente e o futuro. Quantificar e interpretar a história natural das doenças infecciosas tinha implicações substanciais para a validade de suas afirmações científicas.

Abordamos neste texto a complexa interação entre a ocorrência de doenças infecciosas e as afirmações dos cientistas sobre a temporalidade e a natureza representativa dos sujeitos indígenas. Na primeira das duas partes, apresentamos uma contextualização histórica dos estudos sobre a diversidade biológica humana no começo dos anos 1960. Os perfis das doenças eram de grande interesse para diversos pesquisadores da área da biomedicina que realizaram investigação na Amazônia durante esse período; eles buscavam, predominantemente, populações tidas como as mais isoladas e "puras" ("primitivas", "primevas") que fosse possível encontrar, como chaves para compreender o "passado remoto" e o "futuro distante". Focalizando o trabalho colaborativo dos geneticistas James V. Neel, da Universidade de Michigan, e Francisco M. Salzano, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, mostramos que essa abordagem priorizou a investigação de povos percebidos como minimamente "contaminados" pela sociedade nacional circundante. Por um lado, os pesquisadores estavam interessados na interface entre a genética humana e a ocorrência de doenças, sobretudo daquelas presentes no continente americano antes da chegada dos europeus. Por outro lado, as doenças introduzidas eram vistas nesses modelos analíticos como potencialmente "poluidoras". Os estudos desses pesquisadores exigiam "pureza", no sentido de populações passíveis de ser retratadas como tão próximas quanto possível do que Neel viria a chamar de "as condições da evolução humana", inalteradas pela expansão colonial e não contaminadas por doenças do Velho Mundo. Na segunda parte do capítulo, analisamos as pesquisas de Black na Amazônia. Em contraste com outros pesquisadores, entre 1966 e meados dos anos 1970 Black e seus colaboradores concentraram-se primordialmente em estudos acerca da ocorrência de doenças introduzidas.[3] Embora as ideias de "primitivos" e a conceituação das comunidades indígenas como "portais do passado" fossem eixos importantes para as pesquisas de Black, sua abordagem teve um ângulo distinto daquele de muitos de seus colegas. Argumentamos que os modelos de Black para a história evolutiva, a epidemiologia e a demografia da espécie humana também se imbricaram com o interesse pelo "presente profundo", no sentido de que a ocorrência de epidemias relacionadas com a expansão colonial na Amazônia desempenhou papel fundamental nas construções teóricas desse pesquisador.

A pureza do "passado remoto"

A partir da década de 1960, houve uma expansão das pesquisas biomédicas sobre populações indígenas, da Amazônia à Polinésia, do Ártico à África (Santos, 2002; Reardon, 2005; Anderson, 2008; Radin, 2013, 2017; Kowal *et al.*, 2013). No cerne desse interesse achava-se a perspectiva de que a biologia de populações indígenas "primitivas e puras" poderia contribuir para esclarecer questões ligadas

à história evolutiva da humanidade. No contexto de preocupações crescentes com a aniquilação da espécie humana, em função das tecnologias emergentes – em especial as atômicas – e das mudanças ambientais, a biologia dos povos indígenas oferecia "lições", segundo James Neel em seu conhecido artigo na revista *Science*, "Lessons from a 'primitive' people" (Neel, 1970; ver também Santos *et al.*, 2014). Dando a esse artigo o subtítulo "Acaso os dados recentes relativos aos indígenas sul-americanos têm importância para os problemas das comunidades altamente civilizadas?", o geneticista respondeu a sua própria pergunta com um enfático "sim", baseado em suas pesquisas na Amazônia.

Na comunidade científica internacional, Neel foi particularmente bem-sucedido na promoção do que via como o potencial das pesquisas biomédicas sobre comunidades indígenas. Trabalhando em estreita associação com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sua colaboração com o geneticista brasileiro Francisco M. Salzano e com numerosos outros cientistas no início dos anos 1960 tornou-se um modelo para as iniciativas posteriores de pesquisa em maior escala (De Chadarevian, 2015). Os dois geneticistas começaram a desenvolver a base teórica de sua pesquisa conjunta no fim da década de 1950, quando Salzano realizava um estágio de pós-doutorado, financiado pela Fundação Rockefeller, no laboratório de Neel na Universidade de Michigan, em Ann Arbor. A primeira incursão dos dois em campo ocorreu em 1962 em uma comunidade Xavante, em Mato Grosso (Neel *et al.*, 1964; Neel, 1994; Salzano, 2000; Dent, 2017). Essa pesquisa inicial, concebida como um projeto piloto, evoluiu para uma colaboração contínua, que prosseguiu até meados da década de 1970 e incluiu estudos entre várias outras populações, em especial os Yanomami, na fronteira entre Brasil e Venezuela (Neel, 1994; Salzano & Callegari-Jacques, 1988).

A colaboração de Neel e Salzano teve implicações tanto no nível da ciência brasileira quanto em âmbito internacional. Salzano foi um de vários jovens geneticistas brasileiros a complementar sua formação de pós-doutorado como bolsista nos Estados Unidos, no fim da década de 1950 e início dos anos 1960, justamente quando a genética humana despontava como um campo de pesquisa no Brasil (Souza & Santos, 2014). Além de análises genéticas acerca dos processos de constituição da população brasileira, estudos sobre a diversidade biológica das populações indígenas, particularmente as localizadas na Amazônia, tornaram-se um dos pilares do campo recém-institucionalizado no Brasil (Salzano, 1991, 2000; Souza & Santos, 2014; Dent & Santos, 2019). Nesse cenário, o foco nos povos "primitivos" tornou-se uma abordagem de destaque e amplamente disseminada no estudo sobre diversidade biológica humana. As pesquisas sobre as populações indígenas realizadas no Brasil se tornaram modelos para estudos acerca da história evolutiva humana no âmbito da iniciativa mundial de pesquisa conhecida como Adaptabilidade Humana, que foi uma vertente do International Biological Program (Santos, 2002; Lindee & Santos, 2012; Little, 2012; Radin, 2013, 2017).

As pesquisas amazônicas de Neel, Salzano e seus colegas resultaram na publicação de dezenas de artigos, os quais, com graus variáveis de impacto, abordaram questões ligadas à ocorrência de doenças (para uma visão geral, consultar Neel, 1994 e Salzano & Callegari-Jacques, 1988). A perspectiva geral da análise acerca das doenças infecciosas já era evidente em seus primeiros trabalhos, publicados no início da década de 1960.

Como mostraram análises anteriores, Neel e Salzano postulavam a ideia de que havia "questões genéticas e paragenéticas" específicas a serem investigadas em pesquisas sobre as populações indígenas (Neel & Salzano, 1964: 85; ver também Santos, 2002 e Radin, 2013). "Preeminentes" entre os "grupos primitivos que sobreviveram", escreveram os pesquisadores, os indígenas americanos "apresentam uma oportunidade inusitada, que desaparece rapidamente, para se estudar as forças seletivas que moldaram o homem moderno" (Neel & Salzano, 1964: 91). Concentrando-se no potencial científico de grupos tidos como descendentes de uma única população fundadora, que se havia instalado no continente americano, inicialmente, "há uns trinta mil anos" (Neel & Salzano, 1964: 85), esses cientistas julgaram que seriam capazes de esclarecer as forças de seleção que estiveram em operação durante "a maior parte da evolução humana", a qual "ocorreu em condições muito mais comparáveis às observadas nos grupos primitivos sobreviventes no mundo do que nos grandes complexos culturais de hoje" (Neel & Salzano, 1964: 91).

Do ponto de vista dos geneticistas, as "questões genéticas levantadas pelos descendentes desses migrantes" incluíam três conjuntos principais de perguntas: 1) "Qual foi o grau de divergência genética surgido entre as várias subdivisões tribais dos descendentes de uma ou mais linhagens fundadoras?"; 2) "Nesses grupos que ainda persistem num estado essencialmente pré-colombiano, até que ponto podemos identificar parâmetros biológicos significativos, que possamos presumir que tenham prevalecido na maior parte da evolução humana?"; e 3) "Que novos padrões de doenças emergirão, à medida que esses grupos primitivos fizerem a transição de uma existência quase na Idade da Pedra para uma vida na Era Atômica?" (Neel & Salzano, 1964: 85).

Em seu trabalho conjunto, os geneticistas concentraram-se na segunda pergunta: o objetivo primário era esclarecer os mecanismos – tanto biológicos quanto sociais – que influenciariam a produção da variabilidade genética nas populações humanas (Neel & Salzano, 1967: 555). Para isso, propuseram a coleta de uma vasta gama de dados biológicos, antropológicos e demográficos. Isso incluiu dados genéticos e de morfologia corporal, "dados sobre os aspectos do padrão cultural com implicações biológicas"; "dados sobre a estrutura populacional, expressão esta que inclui taxas de natalidade e mortalidade (...), distribuição etária, endogamia, migração" e "dados sobre aspectos psicológicas, com referência especial à relação que elas mantêm com a sobrevivência e a reprodução" (Neel & Salzano, 1964: 91).

O estudo das doenças não se constituiu em um componente por si só, mas assumiu importância por seu potencial de esclarecer a relação entre pressão biológico-evolutiva e variabilidade genética. Isso incluiu investigar infecções e doenças parasitárias e o estado nutricional, que os geneticistas viam como pressões seletivas, mas não houve ênfase nas doenças crônicas não transmissíveis, a menos que fossem prontamente observáveis nos exames clínicos. Neel e Salzano (1964: 91) descreveram esses pontos, defendendo a coleta de "dados sobre pressões biológicas, expressão esta que inclui a exposição a agentes patogênicos e o modo de aquisição da imunidade, bem como uma avaliação dos elementos da dieta que, quando deficientes ou em excesso, são produtores de doenças".

Ao mesmo tempo que os pesquisadores enfatizavam a ocorrência de doenças como um elemento importante, em certas condições esta era vista como geradora de dificuldades para os modelos analíticos de interesse para os geneticistas. Ao relatarem seu estudo piloto realizado em 1962 sobre uma aldeia Xavante, Neel, Salzano e seus colaboradores escreveram que as "tentativas de retratar os perfis de doença de grupos como os Xavante" eram necessárias por sua "contribuição para a definição das pressões das doenças sob as quais o homem primitivo evoluiu", bem como para diversos objetivos da genética populacional humana, inclusive a caracterização do papel dos polimorfismos genéticos na determinação da resistência a doenças (Neel *et al.*, 1964: 117). Devido às "pressões biológicas" exercidas pela doença, os pesquisadores se interessaram particularmente pelas doenças infecciosas que já existiam no período pré-contato – ou seja, aquelas presentes antes da chegada dos europeus – e pelo que essas doenças poderiam elucidar sobre o "modo [genético] de aquisição de imunidade" (Neel & Salzano, 1964: 91).

Entretanto, as doenças infecciosas de caráter epidêmico eram percebidas pelos cientistas como elementos potencialmente desestabilizadores, por solaparem a possibilidade de que as estruturas populacionais das populações indígenas estivessem "num estado essencialmente pré-colombiano" (Neel & Salzano, 1964: 85). Os geneticistas reiteradamente admitiram essas limitações em suas publicações. Discutindo seu estudo piloto de 1962, escreveram que as altas taxas observadas de anticorpos contra doenças como sarampo e coqueluche "poderiam ser a prova de graves doenças epidêmicas entre os habitantes dessa aldeia no passado recente. Se assim for, isso lançará sérias dúvidas sobre a validade dos dados demográficos como representação do estado primitivo" (Neel *et al.*, 1964: 128). Em outras palavras, se os grupos observados tivessem uma história recente de epidemias causadas por doenças introduzidas, isso "contaminaria" os dados, lançando dúvidas sobre a perspectiva epistemológica que situava o estudo das populações indígenas como "uma janela para o passado". Contudo, ainda que reconhecendo as influências da interação com não indígenas, em particular a exposição a doenças introduzidas, os autores persistiram em sua visão de que os Xavante e outros grupos indígenas

poderiam embasar e embasariam os entendimentos da evolução humana, enfatizando a necessidade de estudos cada vez mais amplos.

Do ponto de vista dos geneticistas, a ocorrência de uma doença era parte constitutiva e inequívoca da experiência biológica humana, um contexto fundamental de processos evolutivos ao longo de milhões de anos (Neel, 1994; Neel & Salzano, 1964). Na seleção de "grupos primitivos" para estudo, a questão principal não era a ausência de doenças; os geneticistas reconheciam que isso era uma impossibilidade. Eles buscaram, antes, populações de estudo que "persistissem numa forma relativamente 'intacta', cuja economia se baseasse na caça, na coleta e numa agricultura incipiente" (Neel & Salzano, 1964: 91). Em larga medida, ser intacta significava ter menos interações com a sociedade colonial invasora e as mudanças concomitantes e devastadoras na situação econômica, demográfica e epidemiológica.

No texto "A prospectus for genetic studies for the American Indian", publicado em 1964 e fundante da perspectiva de pesquisa que iriam conduzir nas décadas seguintes, Neel e Salzano incluíram uma lista de "alguns grupos primitivos sobreviventes nas Américas" que poderiam ser estudados de acordo com seu programa de pesquisa. Incluíram populações que lhes pareciam ser as mais "intactas". Sem chegarem a assumir que as populações indígenas fossem, de fato, isoladas e puras, cientistas como Neel e Salzano reconheciam que, com maior ou menor intensidade, as variáveis que eles estavam registrando poderiam já ter sido influenciadas pelo contexto histórico, demográfico e sociopolítico em que tais populações pudessem estar mergulhadas, decorrente da interação com os não indígenas. Entretanto, a perspectiva científica de Salzano e Neel que situava as populações indígenas como "portais do tempo" em larga medida se baseava no pressuposto da ausência de doenças introduzidas, o que permitiu que eles traçassem vínculos com um passado pré-colombiano.[4]

A contaminação do "presente profundo"

Neel e Salzano, cujo programa de pesquisas situou a doença como um agente coadjuvante de seu interesse primário nas mudanças genéticas humanas, passaram anos considerando um trabalho de campo colaborativo, além de meses planejando os detalhes de sua primeira expedição conjunta à Amazônia, que ocorreu em 1962. Em contraste, a primeira viagem de Francis Black ao Brasil foi súbita e inesperada. Foi instigada por um telegrama que ele recebeu, em 1966, de Jack Woodall, um pesquisador do laboratório da Fundação Rockefeller em Belém do Pará (Black, 1997: 37; ver também Santos *et al.*, 2020a). Desde o início de seu trabalho na Amazônia, os interesses de Black se colocaram de forma distinta daqueles dos geneticistas: as doenças infecciosas eram as variáveis a ser explicadas, e a gené-

tica, entre outros fatores, desempenhava um papel de elemento explicativo (e não daquilo a ser primordialmente explicado).

Woodall havia participado de uma viagem de campo aos Tiriyó, no norte da Amazônia, e a análise das amostras sanguíneas coletadas indicava que, em geral, a população não havia sido exposta ao sarampo (Black, 1997: 37). Tendo passado algum tempo em Yale, Woodall estava a par das pesquisas imunológicas de Black sobre exposição ao sarampo e as reações à vacina realizadas em outras regiões do mundo. Em poucas semanas, após o recebimento do convite, Black preparou-se para o que viria a ser sua primeira viagem à Amazônia, com o objetivo de testar "as reações à vacina contra o sarampo em uma população [de terra] virgem" (Black *et al.*, 1969).[5]

Na década de 1960, Black desempenhou um papel importante na comunidade de cientistas que realizaram os estudos que levaram às primeiras vacinas contra o sarampo (Black, 1997; Santos *et al.*, 2020a). Em Yale na segunda metade da década de 1950, ele conduziu investigações epidemiológicas baseadas sobretudo em marcadores imunológicos, a fim de estimar a magnitude e periodicidade de surtos de sarampo. Se em um momento inicial de sua carreira realizou pesquisas de campo principalmente nos Estados Unidos (Black, 1959, 1997), com o tempo Black passou a trabalhar em vários outros países. Em 1963, participou de um encontro de especialistas em vacinas contra o sarampo, promovido pela OMS (WHO, 1963) e, no contexto do desenvolvimento e dos testes das primeiras vacinas, cresceu sua participação em pesquisas internacionais (Black & Rosen, 1962; Black & Gudnadóttir, 1966; Niederman *et al.*, 1967).

Para fins dos testes de vacinas, era comum tentar localizar populações que, pelo menos em décadas recentes, não tivessem sofrido epidemias de sarampo, como demonstrado pela ausência de anticorpos contra o vírus. No começo dos anos 1960, havia equipes de cientistas testando diversas cepas de vacinas, algumas baseadas no vírus inativado (isto é, morto), outras baseadas em vírus atenuados vivos (isto é, cepas repetidamente cultivadas em meios específicos em laboratório, a fim de reduzir sua virulência). Após uma longa série de estudos laboratoriais, a etapa seguinte envolvia testar a segurança de uma vacina em sujeitos humanos, para garantir que provocaria a menor reação clínica possível, ao mesmo tempo que conferiria alto grau de imunidade.

Além de registrar e avaliar reações clínicas e imunológicas de indivíduos após a aplicação da vacina, Black interessou-se pelas relações entre esses resultados e questões mais amplas ligadas a perfis demográficos, epidemiológicos e genéticos de populações humanas (Black & Gudnadóttir, 1966). Como doença que confere imunidade duradoura, uma vez que o indivíduo seja infectado, Black raciocinou que o sarampo somente poderia ter se tornado uma morbidade humana em época relativamente recente, possivelmente nos últimos dez mil anos, quando grandes populações

da ordem de milhares de pessoas começaram a se formar. Esse perfil demográfico acompanhou o surgimento da agricultura em diversas regiões do mundo. Por que a ocorrência do sarampo dependeria da existência desses grandes grupos de pessoas? A tese era que essas condições, caracterizadas por maior concentração populacional, permitiriam a circulação contínua do vírus, com a ocorrência de novas infecções em razão da renovada presença de grupos de indivíduos não expostos, em especial as crianças. Assim, ponderou Black, além de o sarampo ser uma doença recente na história da humanidade, haveria no mundo populações que nunca teriam entrado em contato com essa infecção. Seria o caso, por exemplo, de algumas comunidades de povos indígenas das Américas, cujos ancestrais teriam chegado ao continente americano milhares de anos antes de a infecção se estabelecer como uma doença de populações humanas, no Velho Mundo.

Nos testes de campo das vacinas, nos quais questões ligadas à "segurança, eficiência e aplicabilidade" eram centrais (WHO, 1963: 5), Black viu uma oportunidade de investigar suas formulações teóricas sobre a história natural do sarampo. Suas ideias também se associavam a implicações específicas, tais como os debates acerca de se utilizar uma vacina desenvolvida com um vírus do sarampo vivo em populações humanas, como no caso dos povos indígenas das Américas, que possivelmente nunca haviam sido expostos aos patógeno, ao contrário de populações no Velho Mundo. Nesse contexto de interface do teórico com o prático, Black começou a conduzir na Amazônia e em outras partes do mundo estudos nos quais se concebia a "vacina viva como um modelo" para a compreensão da história natural do sarampo (Black *et al.*, 1971).

Nessa linha de raciocínio, um aspecto central era a localização de populações que, por sua história de isolamento, não tivessem sido expostas a epidemias de sarampo, ou, caso expostas, só o tivessem sido no passado distante, de tal modo que os indivíduos já não mostrassem imunidade sob a forma de anticorpos contra o vírus. Um dos primeiros estudos de Black sobre o que ele chamou de "populações em risco especial" baseou-se em amostras do Taiti, na Polinésia (Black & Rosen, 1962). O cientista também conduziu pesquisas na Islândia, avaliando vários tipos diferentes de vacinas contra o sarampo em testes de campo. Não é fortuito que tais estudos tenham sido conduzidos em ilhas, nas chamadas "populações insulares" (Black, 1966), pois estas eram tidas como contextos mais propícios a um maior nível de isolamento das populações ali residentes.

Similarmente, o estudo de populações indígenas das Américas era de especial interesse para Black, uma vez que os cientistas em geral aceitavam a hipótese de que o sarampo somente havia sido introduzido na região com a chegada dos europeus, no fim do século XV (Black *et al.*, 1982). No século XX, após centenas de anos de expansionismo europeu, a maioria das populações indígenas do continente americano já tinha sido exposta ao vírus. Mas havia algumas poucas regiões mais

longínquas, algumas das quais atingidas pelas frentes de expansão somente de meados do século XX em diante, onde viviam populações indígenas relativamente isoladas. Foi por isso que Black concebeu que poderia encontrar "populações de terra virgem" na Amazônia, ou seja, ainda pouco expostas às doenças introduzidas (Black, 1975; Black *et al.*, 1982). De seu ponto de vista, na linha de seus estudos prévios, para Black certas comunidades indígenas podiam ser vistas como "populações insulares", isoladas não por oceanos, mas pelas vastas florestas tropicais:

> O isolamento por imensas extensões de água nunca foi o mais comum para a maioria da população mundial, e a não persistência de certas doenças em ilhas não tinha sido vista como relevante para a situação da espécie humana em geral. Na verdade, o isolamento de grupos continentais primitivos entre si pode ser tão profundo quanto o isolamento de populações insulares. (Black, 1975: 516)

Ainda que a motivação inicial tenha sido investigar reações à vacina contra o sarampo em populações indígenas da Amazônia, Black ampliou quase de imediato o espectro de seu programa de pesquisas (Black *et al.*, 1982). À medida que projetos de desenvolvimento econômico e a crescente ocupação da Amazônia por não indígenas resultavam na exposição violenta de grupos indígenas às fronteiras de colonização (Coimbra Jr., 1987; Hemming, 1987; Carneiro da Cunha, 1992; Ramos, 1998), tornava-se cada vez mais difícil para os cientistas localizar populações não expostas à ocorrência de doenças infecciosas introduzidas e de caráter epidêmico, como o sarampo.[6] Foi nesse contexto que a atenção do cientista se direcionou cada vez mais para o estudo de infecções específicas (como o sarampo) e se voltou para análises de inter-relações entre aspectos demográficos e as possibilidades de persistência ou não de doenças infecciosas em populações humanas (Black, 1975; Black *et al.*, 1974).

Na prática, Black já havia lançado as bases empíricas dessa ampliação do foco de suas pesquisas no estudo original sobre os Tiriyó, o primeiro que conduziu na Amazônia (Black *et al.*, 1970). A abordagem calcou-se numa orientação teórica que ele próprio havia desenvolvido, em meados da década de 1960, a respeito do papel de fatores demográficos, como o tamanho e a densidade populacional, para determinar se as doenças infecciosas poderiam ou não se tornar endêmicas (Black, 1966). Especificamente, depois do primeiro estudo na Amazônia, Black e sua equipe realizaram testes imunológicos acerca não somente da exposição ao sarampo, mas também da "prevalência e distribuição de anticorpos contra 38 vírus diferentes", inclusive os de gripe, caxumba, rubéola e poliomielite (Black *et al.*, 1970). Embora, em princípio, estivessem investigando populações específicas e geograficamente circunscritas, a premissa que informava os cientistas era a de que a abordagem traria informações relevantes para se pensar sobre questões pertinentes à evolução humana em escala mais ampla.

Com base nas aproximadamente 180 amostras colhidas entre os Tiriyó e analisadas em 1966, Black e seus colaboradores não chegaram a tecer generalizações teóricas sobre as doenças e a história evolutiva da humanidade, mas afirmaram:

> A coleta atual de soro proporcionou a oportunidade de identificarmos alguns dos vírus que poderiam perpetuar-se nessas condições e, por conseguinte, poderiam estar implicados como possíveis elementos ecológicos no desenvolvimento da espécie humana. (Black *et al.*, 1970: 430)

No fim dos anos 1970, a acumulação de uma década de dados oriundos de diversas pesquisas de campo, principalmente no estado do Pará, levou Black e seus colegas a publicar um influente estudo comparativo, de caráter mais abrangente, intitulado "Evidence for persistence of infectious agents in isolated human populations" (Black *et al.*, 1974; ver também Black *et al.*, 1971). Além de analisarem resultados sobre respostas imunológicas a um amplo conjunto de vírus, os cientistas abordaram diversos outras classes de agentes infecciosos, incluindo os da tuberculose, malária, tétano e filariose. De acordo com os autores,

> O propósito deste estudo é determinar quais de nossos agentes patológicos modernos são capazes de persistir em pequenas comunidades isoladas (...). Tais populações proporcionam uma perspectiva singular para a reconstituição do perfil de doenças [da humanidade], uma vez que ainda se compõem de coletores e caçadores, como foi a espécie humana ao longo da maior parte de sua história evolutiva. (Black *et al.*, 1974: 231)

Em síntese, os cientistas desenvolveram a tese de que, nas condições demográficas de pequenas populações isoladas, tenderiam a persistir as infecções virais contagiosas de longa duração (como o vírus do herpes, por exemplo). Outros tipos de infecção, especialmente as que se espalham mais rapidamente e provocam fortes reações imunológicas que conferem imunidade a longo prazo, não perdurariam, em função do pequeno número de portadores potenciais. Os perfis de soropositividade segundo faixas etárias se constituíram em pontos de destaque nas análises, uma vez que evidenciavam se havia ou não ocorrido infecções em época recente, caso indivíduos mais jovens apresentassem ou não evidências imunológicas de infecção. Se apenas parte da população mostrasse soropositividade (os mais idosos, por exemplo), isso indicaria a ausência de transmissão contínua, o que poderia resultar de um período de contágio ocorrido anos ou décadas antes.

Foi com base nessas linhas de evidência que os cientistas afirmaram que os vírus do herpes e da hepatite B eram endêmicos nas populações indígenas analisadas, "mant[endo] uma relação muito estável com suas populações de hospedeiros" (Black *et al.*, 1974: 230). Isso ocorria porque esses "agentes patogênicos se espalha[vam] com muita eficácia nessas comunidades estreitamente unidas" (Black *et al.*, 1974:

248). Por outro lado, havia agentes infecciosos, como os que causavam sarampo, rubéola e gripe, que se caracterizavam por "relações instáveis (...), só aparecendo quando introduzidos de fora" (Black *et al.*, 1974: 230). Essas doenças tinham que ser introduzidas a partir de áreas de densidade humana muito maior, onde as populações eram suficientemente grandes para manter ciclos contínuos de infecção.

No texto "Evidências da persistência de agentes infecciosos em populações humanas isoladas" (Black *et al.*, 1974), os cientistas almejavam ir muito além de caracterizar os perfis sorológicos de um conjunto de comunidades indígenas da Amazônia. Detalhando seus achados segundo "padrões epidemiológicos", os autores teceram generalizações sobre a relação entre as origens e os padrões de dispersão das doenças infecciosas numa escala mais ampla. Isso fica claro em seus comentários sobre a varíola: "a ausência de qualquer indício de varíola (...) pode significar que o vírus evoluiu desde que essas pessoas se dispersaram de centros do Velho Mundo" (Black *et al.*, 1974: 246). Eles também sugeriram que a malária e a tuberculose não eram originárias do Novo Mundo, mas haviam sido introduzidas com a chegada dos europeus.

Em 1975, aproximadamente uma década após seu primeiro trabalho de campo com os Tiriyó, Black publicou na revista *Science* um artigo que viria a ser um de seus textos mais conhecidos. O argumento se baseava em duas linhas principais. Primeiro, o cientista relacionou a importância da doença infecciosa com a história evolutiva da espécie humana, escrevendo: "As doenças infecciosas exerceram uma das pressões mais fortes que moldaram o desenvolvimento do homem moderno" (Black, 1975: 515). Black enfatizou a ideia de que as populações indígenas poderiam ser tomadas como "modelos" na compreensão de processos relacionados com a epidemiologia e a história evolutiva humana. No artigo "Infectious diseases in primitive societies", Black apresentou os dados de seus estudos na Amazônia, complementados pelos de outros autores, inclusive Neel e Salzano, que haviam publicado estudos soroepidemiológicos baseados em amostras amazônicas.

O artigo de Black na *Science* em 1975 é amplamente ilustrativo da importância das doenças potencialmente epidêmicas em sua abordagem teórica a partir das pesquisas na Amazônia. Isso contrasta com a perspectiva que foi mais predominante no campo da genética populacional, como vimos anteriormente, segundo a qual as epidemias afetavam negativamente a construção de modelos explicativos, por causarem transformações demográficas que tinham impactos sobre os parâmetros genéticos. De acordo com Black, por sua vez, as análises sorológicas de amostras obtidas de populações indígenas teriam potencial para embasar a reconstituição da história epidemiológica humana:

> A menos que as condições na antiguidade tenham diferido fundamentalmente das observadas nas culturas primitivas sobreviventes, o sarampo, a gripe, a varíola e

> a poliomielite não podem ter estado presentes durante o período de emergência (biológica) dos humanos nem durante a maior parte da história da humanidade. (Black, 1975: 518)

Para Black, portanto, o estudo das populações indígenas oferecia uma janela para se compreender a história natural da doença na espécie humana. Sua ideia de "passado remoto" diferia daquela dos geneticistas em vários aspectos. Para os geneticistas, o estilo de vida dos caçadores-coletores era de suma importância, por ser considerado aquele que teria sido predominante na maior parte da trajetória evolutiva humana e, por conseguinte, informaria sobre as pressões seletivas sobre a biologia humana (ver Neel & Salzano, 1964; Neel *et al.*, 1964). Do ponto de vista de Black, outro "passado remoto", todavia mais recente, era também central, e ele considerava que os grupos indígenas amazônicos representavam a "segunda fase do desenvolvimento humano, com agricultura incipiente e aldeias relativamente estabelecidas" (Black, 1975: 516). Para o virologista, teria sido nessas condições, durante os milhares de anos anteriores, que muitas doenças infecciosas humanas haviam se estabelecido. Ademais, a história recente de contágio das populações indígenas das Américas, propiciada pelo contato com doenças do Velho Mundo, contribuía com evidências importantes para suas generalizações sobre as características das doenças epidêmicas. Tal como Black as considerou em seu texto de 1975, diversas infecções que se apresentavam como epidemias no mundo contemporâneo "não puderam perpetuar-se antes do advento de culturas avançadas, e não exerceram pressões seletivas sobre a constituição genética humana até data relativamente recente" (Black, 1975: 518). Na abordagem de Black, os dados oriundos de populações indígenas eram particularmente úteis na construção de seus modelos teóricos porque seu tamanho reduzido e seu relativo isolamento significavam que a distribuição e a persistência das doenças no presente podiam embasar a compreensão do passado.

Convergências, heterogeneidades e as "populações de cognição"

A análise comparativa que conduzimos neste texto destaca as convergências e as heterogeneidades do pensamento científico a respeito da temporalidade e ocorrência de doenças no âmbito das pesquisas biomédicas na Amazônia em meados do século XX. Tanto os especialistas em genética humana como em virologia e epidemiologia estavam interessados na relação entre a genética humana, a teoria evolutiva e a epidemiologia de doenças infecciosas, mas com ênfases diferentes. Comunidades indígenas, como "populações de cognição" (ver Suárez-Díaz *et al.*, 2017), foram epistemologicamente acionadas em múltiplas perspectivas. No caso

de Neel e Salzano, os dados gerados foram utilizados em reflexões sobre como os fatores biológicos e sociodemográficos influenciaram a produção de padrões de variabilidade genética humana, sendo a doença entendida como parte do conjunto de "pressões seletivas" possíveis. Para Black, o estudo de populações indígenas se voltou sobretudo para investigar a relação entre a epidemiologia das doenças infecciosas e parasitárias e a demografia. Com base em suas observações nessas populações específicas, ele propôs modelos gerais acerca das inter-relações entre a história evolutiva humana e a persistência ou não persistência de vários grupos de patógenos.

Apesar dessas diferenças, as duas abordagens identificaram as populações indígenas como representativas para a compreensão do passado, bem como para dar sentido ao presente e conceber as possibilidades de futuro. Os pesquisadores desenvolveram suas pesquisas na Amazônia enfatizando as potencialidades dos modelos científicos propostos, ao mesmo tempo que chamando atenção para limitações. No contexto das enormes mudanças ecológicas e socioeconômicas que acompanharam a aceleração da invasão dos territórios indígenas por sociedades nacionais, algumas comunidades específicas foram vistas como mais representativas para embasar modelos teóricos mais amplos, propostos pelos cientistas, quando seus perfis epidemiológicos correspondiam a determinadas suposições sobre passado e presente, pureza e contaminação.

Os históricos de saúde e doença das comunidades foram essenciais para as duas perspectivas, definindo, em grande parte, se e como os cientistas poderiam fazer generalizações baseadas nas populações que eles caracterizaram. Os geneticistas concentraram-se no que interpretaram como boas condições de saúde dos grupos visitados, apoiando-se nessa premissa para fazer afirmações sobre o passado remoto naquilo que perceberam como ausência de doenças (introduzidas) e de mudança socioeconômica. Em contraste, o foco de Black em populações não expostas não tardou a dar lugar ao estudo da ocorrência de doenças e suas inter-relações com o perfil populacional, na medida em que o virologista reconheceu a exposição generalizada a doenças introduzidas que acompanhou o expansionismo ocidental nas Américas. Black usou seu estudo de grupos indígenas para entender a história natural da doença, nas escalas temporais evolutivas, e para fazer inferências sobre como as doenças infecciosas se disseminaram e perduraram num passado mais recente, que inclui populações nativas e de colonos. Em sua visão, fatores imunológicos e genéticos relacionaram-se com epidemias de doenças infecciosas, inclusive o sarampo, e resultaram do contato permanente com a sociedade nacional circundante. Black investigou processos contemporâneos com vistas a elaborar modelos mais gerais da interface da epidemiologia com as doenças infecciosas para a história evolutiva da espécie humana. Ao mesmo tempo que a "pureza" e o "isolamento" foram elementos constitutivos de seus modelos analíticos, a

"interação" e a "contaminação", resultantes, em grande parte, do "presente profundo", ligaram seu pensamento às transformações econômicas e demográficas ocorridas na Amazônia.

Pós-Escrito

Neste texto, com foco nos anos 1960 e na primeira metade da década de 1970, nos voltamos principalmente para a análise de como os pesquisadores da área da biomedicina conceberam as populações indígenas amazônicas como potencialmente representativas para fins da proposição de modelos científicos. Cabe enfatizar que, ainda que as trajetórias dos pesquisadores mencionados, como Black, Neel e Salzano, tenham sido sobretudo na área acadêmica, em algumas ocasiões eles se envolveram com temas ligados à atenção em saúde. É ilustrativo o envolvimento de Neel em diversas iniciativas, algumas das quais patrocinadas por órgãos multilaterais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a OMS, voltadas para influenciar as estratégias de assistência à saúde dos povos indígenas de recente contato, inclusive para além do Brasil e da Amazônia, no contexto das Américas (WHO, 1964; Neel, 1968, 1974; Radin, 2014; Santos *et al.*, 2020a). Nesse sentido, as análises que realizamos ao longo deste capítulo podem ser informativas para se refletir sobre as argumentações inerentes aos modelos biomédicos que, por vezes de maneiras menos ou mais intensas, são acionados para explicar questões relacionadas à atenção à saúde envolvendo as populações indígenas (ver, entre outras, discussões em Santos *et al.*, 2020a, 2020b).

Notas

[1] Tradução, com adaptações, de artigo originalmente publicado no periódico *Perspectives on Science*, com o título "'An unusual and fast disappearing opportunity': infectious disease, indigenous populations, and new biomedical knowledge in Amazonia, 1960-1970" (*Perspectives on Science*, 27(5): 585-605, 2017). O trabalho recebeu apoio da Wellcome Trust (projeto n. 203486/Z/16/Z), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (bolsas 161671/2011-0 e 473268/2011-6) e de uma Bolsa Mellon/ACLS para Conclusão de Tese de Doutorado (Dent). Nossos agradecimentos a Douglas e Peter Black, por nos terem concedido acesso ao Arquivo de Francis Black, em New Haven, Connecticut, e à equipe da American Philosophical Society, na Filadélfia, pelo acesso concedido ao Arquivo de James Neel. Agradecemos a Vera Ribeiro pela tradução para o português do artigo original em inglês.

[2] Na literatura biomédica produzida nas décadas de 1960 e 1970, a utilização de termos como "civilização", "sociedades primitivas", "caçadores-coletores", entre outros, era frequente. Ao longo deste texto, essas expressões aparecem frequentemente nas citações literais oriundas das publicações científicas do período. Há diversas análises, em particular de historiadores da ciência e antropólogos, que contextualizam e analisam criticamente o emprego dessa terminologia na literatura biomédica da época (ver Radin, 2013, 2017; Santos, 2002; Santos *et al.*, 2014; Souza & Santos, 2014).

[3] Nosso objetivo, neste trabalho, não é abranger todo o espectro das pesquisas epidemiológicas sobre doenças infecciosas em populações indígenas da Amazônia realizadas nas décadas de 1960 e 1970. Black, Neel e Salzano figuraram, com certeza, entre os principais autores a abordar esse tema, porém houve também alguns outros pesquisadores que trabalharam sobre doenças específicas na região (para uma visão geral, ver Salzano, 1990; Coimbra Jr. & Santos, 1992; Coimbra Jr., 1995).

[4] Como afirmaram Santos e colaboradores (2014), o ímpeto de Neel de encontrar os grupos mais distantes, mais "primitivos", viria a levá-lo aos Yanomami, no lado nordeste da fronteira Brasil-Venezuela (2014). Ele descreveria nestes termos sua pesquisa feita por lá: "Uma das distinções involuntárias de meus estudos foi estar entre os Yanomami durante uma epidemia de sarampo, muito possivelmente, a primeira que eles enfrentaram" (Neel, 1989: 817; ver também Neel *et al.*, 1970). As observações de Neel o levariam a rejeitar a hipótese de que os ameríndios eram "inatamente susceptíveis" e a responsabilizar o perfil epidemiológico da "aldeia de 'terra virgem'", e não a "biologia individual" (1989: 818), visão esta que contrastou com a do virologista Black. O trabalho de Neel com comunidades Yanomami da Venezuela e do Brasil e sua estreita colaboração com o antropólogo Napoleon Chagnon viriam a ser submetidos a debates intensos, mais tarde, após a publicação de uma denúncia jornalística sumamente contestada, *Darkness in El Dorado* (Borofsky *et al.*, 2005; ver também Santos *et al.*, 2020a).

[5] Black e seus colegas enfatizaram que a pesquisa seria a primeira feita com populações indígenas do continente americano, entendidas como "populações de terra virgem". Com base em ensaios imunológicos que identificavam a presença ou ausência de anticorpos, essas populações foram caracterizadas como sem qualquer indício de sarampo. Os três estudos anteriores feitos com povos indígenas, no Panamá, e com grupos de inuítes, no Alasca e no Canadá, tinham envolvido grupos que "haviam sido expostos ao sarampo no passado" (Black *et al.*, 1969: 169). Para uma visão crítica do conceito de "populações de terra virgem", ver Jones, 2003, 2004.

[6] Black e colaboradores (1982) revisaram estudos que haviam conduzido sobre as reações a vacinas contra o sarampo na Amazônia, bem como estudos conduzidos por outros pesquisadores, como Roberto Baruzzi, João Paulo Vieira Filho e James Neel. Concluíram que havia diferenças nas respostas imunológicas entre grupos indígenas e grupos caucasianos: "Observou-se uma variação individual considerável na reação ao vírus da vacina até mesmo dentro dessas populações [amazônicas], mas a reação média dos índios envolveu mais febre e, com a mesma febre, menor resposta de anticorpos do que [ao se aplicar] a mesma vacina em caucasianos" (1982: 42). Para Black, as razões das diferenças observadas não eram claras, sendo possível que estivessem relacionadas com fatores genéticos, ou se devessem a um estado nutricional que prejudicava as respostas imunológicas. Nos anos seguintes, o cientista defendeu cada vez mais a tese dos determinantes genéticos da resposta imunológica (Black, 1992, 1994), em contraste com as interpretações de Neel e Salzano (ver Santos *et al.*, 2020a).

Referências

ANDERSON, W. *The Collectors of Lost Souls: turning Kuru scientists into whiteman*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2008.

BANGHAM, J. & DE CHADAREVIAN, S. Human heredity after 1945: moving populations centre stage. *Studies in the History and Philosophy of the Biological and Biomedical Sciences*, 47(A): 45-49, 2014.

BLACK, F. L. Measles antibodies in the population of New Haven, Connecticut. *Journal of Immunology*, 83: 74-82, 1959.

BLACK, F. L. Measles endemicity in insular populations: critical community size and its evolutionary implication. *Journal of Theoretical Biology*, 11: 207-211, 1966.

BLACK, F. L. Infectious diseases in primitive societies. *Science*, 187: 515-518, 1975.

BLACK, F. L. Why did they die? *Science*, 258: 1.739-1.749, 1992.

BLACK, F. L. An explanation of high death rates among New World peoples when in contact with Old World diseases. *Perspectives in Biology and Medicine*, 37: 292-307, 1994.

BLACK, F. L. Inconveniences properly viewed. Unpublished manuscript. New Haven: Francis Black's Papers, 1997.

BLACK, F. L. & GUDNADÓTTIR, M. Measles vaccination in Iceland: three-year follow-up of antibody titres in adults and children. *Bulletin of the World Health Organization*, 35: 955-957, 1966.

BLACK, F. L. & ROSEN, L. Patterns of measles antibodies in residents of Tahiti and their stability in the absence of re-exposure. *Journal of Immunology*, 88: 725-731, 1962.

BLACK, F. L. *et al.* Measles vaccine reactions in a virgin population. *American Journal of Epidemiology*, 89: 168-175, 1969.

BLACK, F. L. *et al.* Prevalence of antibody against viruses in the Tiriyo, an isolated Amazon tribe. *American Journal of Epidemiology*, 91: 430-438, 1970.

BLACK, F. L. *et al.* Intensified reactions to measles vaccine in unexposed populations of American Indians. *Journal of Infectious Diseases*, 124: 306-317, 1971.

BLACK, F. L. *et al.* Evidence for persistence of infectious agents in isolated human populations. *American Journal of Epidemiology*, 100: 230-250, 1974.

BLACK, F. L. *et al.* Genetic correlates of enhanced measles susceptibility in Amazon Indians. *Medical Anthropology*, 6: 37-46, 1982.

BOROFSKY, R. *et al. Yanomami: the fierce controversy and what we can learn from it*. Berkeley: University of California Press, 2005.

CARNEIRO DA CUNHA, M. (Org.). *História dos Índios no Brasil*. São Paulo: Fapesp, Companhia das Letras, Secretaria Municipal de Cultura, 1992.

COIMBRA JR., C. E. A. O sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática da saúde pública entre estas populações. *Cadernos de Saúde Pública*, 3: 22-37, 1987.

COIMBRA JR., C. E. A. Epidemiological factors and human adaptation in Amazonia. *In*: SPONSEL, L. (Org.). *Indigenous Peoples and the Future of Amazonia: an ecological anthropology of endangered world*. Tucson: Arizona University Press, 1995.

COIMBRA JR., C. E. A. & SANTOS, R. V. Paleopatologia e epidemiologia de populações indígenas: possibilidades de aproximação. *In*: ARAÚJO, A. J. G. & FERREIRA, L. F. (Orgs.). *Paleopatologia e Paleoepidemiologia: estudos multidisciplinares*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1992.

CROSBY, A. W. *The Columbian Exchange: biological and cultural consequences of 1492*. Westport: Praeger, 2003.

DE CHADAREVIAN, S. Human population studies and the World Health Organization. *Dynamis*, 35(2): 359-388, 2015.

DENT, R. *Studying Indigenous Brazil: the Xavante and the human science, 1958-2015*, 2017. PhD Dissertation, Philadelphia: University of Pennsylvania.

DENT, R. & SANTOS, R. V. "An immense mosaic": race-mixing and the creation of the genetic nation in 1960s Brazil. *In*: ANDERSON, W. *et al.* (Eds.). *Luso-Tropicalism and its Discontents: the making and unmaking of racial exceptionalism*. New York: Berghanh Book, 2019.

HARAWAY, D. *Primate Visions: gender, race, and nature in the world of modern science*. New York: Routledge, 1989.

HEMMING, J. *Amazon Frontier: the defeat of the Brazilian Indians*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

JONES, D. S. Virgin soils revisited. *The William and Mary Quarterly*, 60: 703-742, 2003.

JONES, D. S. *Rationalizing Epidemics: meanings and uses of American Indian mortality since 1600*. Cambridge: Harvard University Press, 2004.

KOWAL, E. *et al.* Indigenous body parts, mutating temporalities, and the half-lives of postcolonial techno-science. *Social Studies of Science*, 43: 465-483, 2013.

LINDEE, S. James Van Gundia Neel (1915-2000). *American Anthropologist*, 103: 502-505, 2001.

LINDEE, S. Voices of the dead: James Neel's Amerindian studies. *In*: SALZANO, F. M. & HURTADO, A. M. (Eds.). *Lost Paradise and the Ethics of Research and Publication*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

LINDEE, S. & SANTOS, R. V. The biological anthropology of living human populations: world histories, national styles, and international networks: an introduction to supplement 5. *Current Anthropology*, 53, suppl. 5: S3-S16, 2012.

LITTLE, M. Human population biology in the second half of the Twentieth century. *Current Anthropology*, 53, suppl. 5: S126-S138, 2012.

NEEL, J. V. The American Indian in the International Biological Program. *In*: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Biomedical Challenges Presented by the American Indian*. Washington: Paho, 1968. (Scientific Publication, 165)

NEEL, J. V. Lessons from a "primitive" people. *Science*, 170: 815-822, 1970.

NEEL, J. V. Control of disease among Amerindians in cultural transition. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 8: 205-211, 1974.

NEEL, J. V. The study of natural selection in primitive and civilized human populations. *Human Biology*, 61(5): 781-810, 1989.

NEEL, J. V. *Physician to the Gene Pool: genetic lessons and other stories*. New York: John Wiley & Sons, 1994.

NEEL, J. V. & SALZANO, F. M. A prospectus for genetic studies for the American Indian. *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology*, 29: 85-98, 1964.

NEEL, J. V. & SALZANO, F. M. Further studies on the Xavante Indians. 10. Some hypotheses-generalizations resulting from these studies. *American Journal of Human Genetics*, 19: 554-574, 1967.

NEEL, J. V. *et al.* Studies on the Xavante Indians of the Brazilian Mato Grosso. *American Journal of Human Genetics*, 16: 52-140, 1964.

NEEL, J. V. *et al.* Notes on the effects of measles and measles vaccine in a virgin-soil population of South American Indians. *American Journal of Epidemiology*, 91: 418-429, 1970.

NIEDERMAN, J. C. *et al.* A nationwide serum survey of Brazilian military recruits, 1964. II. Antibody patterns with arboviruses, polioviruses, measles and mumps. *American Journal of Epidemiology*, 86: 319-329, 1967.

RADIN, J. *Life on Ice: frozen blood and biological variation in a genomic age, 1950-2010*, 2012. PhD Dissertation, Philadelphia: University of Pennsylvania.

RADIN, J. Latent life: concepts and practices of human tissue preservation in the International Biological Program. *Social Studies of Science*, 43: 484-508, 2013.

RADIN, J. *Life on Ice: a history of new uses for cold blood*. Chicago: University of Chicago Press, 2017.

RAMOS, A. R. *Indigenism: ethnic politics in Brazil*. Madison: University of Wisconsin Press, 1998.

REARDON, J. *Race to the Finish: identity and governance in an age of genomics*. Princeton: Princeton University Press, 2005.

RIBEIRO, D. Convívio e contaminação: efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. *Sociologia*, 18: 3-50, 1956.

SALZANO, F. M. Parasitic load in South American tribal populations. *In*: SWEDLUND, A. C. & ARMELAGOS, G. J. (Eds.). *Disease in Populations in Transition: anthropological and epidemiological perspectives*. New York: Bergin and Garvey, 1990.

SALZANO, F. M. Interdisciplinary approaches to the human biology of South Amerindians. *Human Biology*, 63: 875-882, 1991.

SALZANO, F. M. James V. Neel and Latin America, or how scientific collaboration should be conducted. *Genetics and Molecular Biology*, 23: 557-561, 2000.

SALZANO, F. M. & CALLEGARI-JACQUES, S. *South American Indians: a case study in evolution*. Oxford: Clarendon, 1988.

SANTOS, R. V. Indigenous peoples, postcolonial contexts, and genomic research in the late 20th Century: a view from Amazonia (1960-2000). *Critique of Anthropology*, 22: 81-104, 2002.

SANTOS, R. V. *et al.* Varieties of the primitive: human biological diversity studies in Cold War Brazil (1962-1970). *American Anthropologist*, 116: 723-735, 2014.

SANTOS, R. V. *et al.* "Why did they die?": debates on the causes of high mortality in Amazonian Indigenous populations in Cold War Brazil. *Current Anthropology*, 61(4): 441-470, 2020a.

SANTOS, R. V. *et al.* Ancestralidade genética indígena como fator de risco para tuberculose? Perspectivas críticas e implicações em políticas públicas na saúde indígena. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(11): e00245420, 2020b.

SOUZA, V. S. & SANTOS, R. V. The emergence of human population genetics and narratives about the formation of the Brazilian nation (1950-1960). *Studies in the History and Philosophy of the Biological and Biomedical Sciences*, 47(Part A): 97-107, 2014.

SUÁREZ-DIAZ, E. *et al.* Populations of cognition: practices of inquiry into human populations in Latin America. *Perspectives on Science*, 25(5): 551-563, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Measles vaccines. Geneva: WHO, 1963. (WHO Technical Report Series, 263)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Research in population genetics of primitive groups. Geneva: WHO, 1964. (WHO Technical Report Series, 279)

A Ação Médico-Sanitária da Funai entre 1967 e 1988: uma contribuição à superação de ideias equivocadas

Ricardo Verdum

Ni el pasado histórico ni el recuerdo que le da forma son referencias dadas, ya organizadas como tales, en espera de que la memoria se dé vuelta hacia atrás para recoger sus contenidos como si se tratara de un depósito de significaciones ya listas e igualmente disponibles para cualquier relectura. La presión urgida – y urgente – de hoy nos insta a desatar los nudos de la temporalidad que tienden a comprimir los sucesos en el pretérito fijo, inactivo, para reorganizarlos según entrecruzamientos plurales.

Nelly Richard, 2006[1]

O documento que o leitor e a leitora encontrarão no capítulo 6 desta coletânea, intitulado "A política indigenista governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras, 1967-1988", foi elaborado em 1992 pela médica Maria Gorete Gonçalves Selau. É o relatório da pesquisa documental que ela realizou nos arquivos da Divisão de Saúde e no Centro de Documentação da Fundação Nacional do Índio (Cedoc/Funai) em Brasília, entre 1989 e 1991. Sua pesquisa contou com o apoio de uma bolsa de aperfeiçoamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e orientação da antropóloga francesa Dominique Buchillet. Seu projeto de investigação intitulava-se Saúde do Índio no Brasil: levantamento e avaliação dos projetos de assistência médica. Nas suas finalidades práticas, a pesquisa visou a gerar subsídios para melhor adequação da assistência médica às populações indígenas.

A publicação do relatório neste dossiê torna acessível ao público interessado uma importante contribuição sobre a política e a ação indigenista de saúde do Estado brasileiro. Entre 1967 e 1988, a assistência à saúde indígena é prestada pelo então órgão oficial de assistência ao índio, a Funai, diretamente ou por meio de

convênios com instituições governamentais e não governamentais, e com empresas. O relatório abrange o período que vai do ano de criação da Funai até o ano de promulgação da atual carta constitucional brasileira.

A autora cobre um período sobre o qual estudos específicos são escassos. Proporciona uma série de elementos, dados, informações e indícios sobre o referido período, e também permite estabelecer relações, fazer conexões e formular hipóteses para a década seguinte. Um trabalho árduo, imaginativo e sistemático de análise de um conjunto de documentos a que muito provavelmente nenhum outro pesquisador até o momento teve acesso direto.

A primeira versão do relatório da pesquisa (versão preliminar) veio à luz em julho de 1991. Foram necessários quase oito meses para que finalmente se constituíssem as condições para a elaboração da segunda versão, revista e ampliada, que foi encaminhada ao CNPq no início de março de 1992. Na carta que acompanha o documento, Dominique Buchillet esclarece que a demora em remeter o relatório se deveu às numerosas viagens de assistência sanitária emergencial em áreas indígenas realizadas por Maria Gorete, a partir do fim da bolsa, para a Comissão pela Criação do Parque Yanomami (CCPY) e para a Fundação Nacional de Saúde (FNS, hoje Funasa), bem como a uma licença por maternidade da pesquisadora. Em 12 julho de 1990 nascera sua segunda filha, Joana.[2]

Caminhos que se cruzam

A principal interlocutora da autora no período em que desenvolveu a sua pesquisa foi a antropóloga francesa Dominique Buchillet, que na época residia em Brasília. Pesquisadora do Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer (ORSTOM), hoje Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Dominique mudou-se para Brasília em 1987. Vinha da cidade de Belém, no Pará, onde residira e estivera ligada por cerca de três anos ao Museu Paraense Emílio Goeldi (MPEG), fruto de um convênio firmado entre o ORSTOM e o CNPq. Em razão do mesmo convênio, Dominique passou a viver em Brasília a partir de 1987, agora ligada à Universidade de Brasília (UnB). Na época, Dominique desenvolvia o projeto de pesquisa Representação da Doença e Situação de Contato entre os Índios Tukanos Orientais, que se integra num projeto maior desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisas Etnológicas Comparadas (Nupec) do Departamento de Antropologia da UnB: Contato Interétnico, Transformações Sociais e Desenvolvimento Econômico na Região Norte Amazônica, coordenado pelos antropólogos Alcida Rita Ramos (UnB) e Bruce Serge Albert (ORSTOM) (ver Velthem & Meira, 2019).

Além das pesquisas etnológicas na região do Alto Rio Negro, no estado do Amazonas, e da produção acadêmica dela decorrente, Dominique Buchillet teve

atuação significativa para o desenvolvimento da antropologia da doença/saúde no país. Um exemplo disso é seu trabalho enciclopédico intitulado *Bibliografia Crítica da Saúde Indígena no Brasil (1844-2006)*. Publicado no Equador em 2007, é hoje o melhor registro e fonte de consulta incontornável. O livro foi fruto de quase duas décadas de busca incansável e de leitura crítica de 3.222 livros, artigos, relatórios, documentos etc. relativos à saúde indígena no Brasil. Todos ali listados e fichados formando um rico mosaico de informações e subsídios para variadas questões de pesquisa. A publicação conta com três índices que facilitam a realização de consultas específicas: por assunto, por autor e por povo e subgrupo indígena (ver Buchillet, 2007). Ela também foi uma das organizadoras do Encontro Medicinas Tradicionais e Políticas de Saúde na Amazônia, realizado em Belém no final de novembro de 1989 e considerado o primeiro evento de grande porte organizado no país para tratar de questões relativas à saúde/doença indígena e políticas públicas.[3]

Maria Gorete instalou-se em Brasília no início de 1988. Ela vinha de Roraima, onde trabalhara por dois anos na implementação do projeto de saúde desenvolvido pela Comissão pela Criação do Parque Yanomami (CCPY).[4] Antes disso, em 1984 e 1985, trabalhara como médica em uma unidade hospitalar localizada na cidade de São Gabriel da Cachoeira (região do Alto Rio Negro, Amazonas), realizando incursões até várias comunidades indígenas no interior do município.[5] E entre dezembro de 1983 e fevereiro de 1984, atuou como médica entre a população Marubo, Matis, Kanamari (nos rios Curuçá, Quixito, Itui, Itacoaí) e ribeirinha na região do Alto Rio Solimões, no projeto de atenção médico-sanitária da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), no *campus* avançado localizado na cidade de Benjamin Constant, AM. Ela havia acumulado uma experiência singular como médica em diferentes contextos interculturais e de tensão e conflito interétnico, e estava relativamente informada sobre os interesses e os projetos de ocupação e exploração extrativista mineral da porção norte da calha dos rios Solimões e Amazonas.

Maria Gorete conheceu pessoalmente Dominique Buchillet por intermédio de um amigo comum, o antropólogo "yanomamólogo" francês Bruce Serge Albert, que igualmente passara a residir em Brasília em 1987, vindo de Belém. Em 1986, em uma viagem a Belém em visita a Bruce Albert, soube que Dominique lhe dera seus relatórios sobre a situação de saúde dos Yanomami da região da serra do Padre/pico da Neblina, AM, escritos quando das viagens realizadas em 1985.

O interesse de ambas por conhecer com mais detalhes e profundidade as políticas públicas para povos indígenas, em particular a de promoção e proteção da saúde dessa população, fez com que formulassem o projeto de investigação cujo principal produto foi o relatório publicado neste dossiê. Mais do que um empreendimento de conhecimento e elucidação, a investigação tinha o objetivo explícito de influir no debate e na definição de um novo arcabouço legal, e na forma de atuação da atenção à saúde indígena no marco do Sistema Único de Saúde (SUS).[6]

A crise do sistema de saúde e as condições de possibilidade

Ao longo dos anos 1980, acumulavam-se evidências sobre a precarização das condições de saúde da população indígena e a incapacidade de um sistema de atenção baseado em demanda "espontânea" e "emergencial" para responder de maneira adequada ao quadro de crise que vinha se formando. A saúde da população indígena se transformara num problema de relevância pública a ser enfrentado de maneira organizada e sistemática.

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1ª CNSPI) foi realizada em Brasília de 26 a 29 de novembro de 1986 e é considerada a primeira vez que o Estado brasileiro reuniu representantes de vários povos indígenas, órgãos públicos, acadêmicos e pesquisadores, agências de cooperação internacional, organizações da sociedade civil que atuam em apoio à causa indígena, para discutir uma proposta de diretrizes relativas à saúde indígena. Nela, concluiu-se que a política de saúde deveria ser estruturante e não homogênea, ou seja, relativamente flexível para atender às diversidades e especificidades socioculturais, demográficas, epidemiológicas, ambientais e sociogeográficas (urbano/rural) e às demandas surgidas das interações sociais e interculturais entre indivíduos e entre coletivos (indígenas e não indígenas) em diferentes espaços, âmbitos e escalas. Concluiu-se também que era necessário criar um órgão vinculado ao Ministério da Saúde para gerenciar as ações e os serviços, e que a participação dos/das indígenas na formulação da nova política de saúde era essencial.

A mortalidade assustadora havida entre os Yanomami a partir de 1987, devido às epidemias que se alastraram entre a população em decorrência da invasão garimpeira do território onde habitam, foi o estopim para acelerar uma mudança geral. Aglutinou diversos grupos de interesse e formadores de opinião, que pressionaram o governo federal para que tomasse medidas urgentes e promovesse mudanças na forma de organização do sistema de atenção básica à saúde das populações indígenas no país.

O Projeto Calha Norte e a invasão do território Yanomami

Mas a partir de 1986 também irão se explicitar os interesses da Nova República relacionados à região amazônica, à faixa de fronteira norte, aos territórios habitados pelas populações indígenas ali localizadas e, mais especificamente, ao território habitado pelos Yanomami. Veio a público o 1º Plano de Desenvolvimento

da Amazônia e o denominado Projeto Calha Norte, este último sob a coordenação da Secretaria Geral do Conselho de Segurança Nacional. Deu-se início à construção de quatro colônias militares no território Yanomami (serra das Surucucus, Auaris e Ericó, em Roraima, e Maturacá, no Amazonas) e à ampliação da pista de pouso localizada junto ao Posto Indígena Paapiú (Funai), utilizada como centro de operações da atividade garimpeira que se desenvolvia naquela região. Era visível a displicência dos órgãos governamentais para com o processo "formiguinha" de invasão garimpeira que estava em curso.[7]

Em agosto de 1987, o território de ocupação tradicional dos Yanomami no Brasil, especialmente a sua porção oriental (em Roraima), como também a sua porção mais ocidental (região do pico na Neblina, no Amazonas), foi palco de uma operação de ocupação maciça por empresas e grupos garimpeiros do ouro. Contraditoriamente, a Funai suspendeu o convênio que tinha com a CCPY e "recomendou" que as equipes de saúde da comissão não fossem mais a campo.[8]

Os reflexos da ocupação garimpeira na saúde da população Yanomami não tardaram a se manifestar com maior intensidade. Digo "com maior" porque já se observava o crescimento de casos de malária entre os/as Yanomami, especialmente entre aqueles que se deslocavam até onde grupos de garimpeiros estavam instalados (rios Mucajaí, Apiaú, Paapiú e Uraricoera).

A impossibilidade de dar continuidade ao trabalho de atenção médica fez com que a CCPY desmobilizasse as equipes médicas e redefinisse sua estratégia de ação. Era preciso dar início imediato a uma campanha de denúncia e resistência em níveis nacional e internacional, baseada na produção de dados e informações sobre o que estava acontecendo na área indígena. E, também, reunir e organizar toda a informação acumulada nos anos de trabalho político e médico-sanitário com os Yanomami, para ser utilizada como prova e contraprova contra o silenciamento e negação dos efeitos na população da ocupação que, previa-se, aconteceria de forma dissimulada ou explícita.

Brasília 1987-1988 era palco da Assembleia Nacional Constituinte, onde diferentes forças e interesses econômicos e políticos estavam em ação. O *lobby* dos setores mineral e da hidroeletricidade era intenso no Congresso Nacional e contava com o apoio de alguns dos principais jornais de circulação nacional, principalmente de *O Estado de S. Paulo*. Havia aí a explícita intenção de restringir ao máximo os direitos territoriais indígenas na carta constitucional. Daí ser necessário intervir no debate constitucional e pós-constitucional. Maria Gorete participará de reuniões com parlamentares, reuniões e assembleias indígenas e com integrantes governamentais e não governamentais.[9]

Da crise humanitária à possibilidade de uma nova "normalidade"

Os anos de 1988 a 1991 são politicamente intensos, especialmente para quem está diretamente envolvido com a defesa e promoção dos direitos indígenas, e em particular com a saúde e a vida do povo Yanomami, que se encontrava em uma situação de crise humanitária. Pressionado nacional e internacionalmente, o governo federal elabora e passa a implementar em 1988 um Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (Pesy), como parte integrante do Projeto Calha Norte e sob a coordenação da Funai.

O quadro epidemiológico continuou se agravando. No início de 1989 foi criada a Comissão Ação pela Cidadania, da qual faziam parte a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, a Associação Brasileira de Imprensa, a Ordem dos Advogados do Brasil, a Confederação Geral dos Trabalhadores, a Central Única dos Trabalhadores e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, além de parlamentares, acadêmicos e personalidades públicas. Entre 9 e 12 de junho de 1989, uma comitiva da CCPY realizou uma viagem ao estado de Roraima e fez uma visita aos Yanomami que viviam nas proximidades do Pin Paapiú, onde encontrou uma situação de precariedade generalizada: na saúde da população, nas relações sociais, no ambiente e na atenção à saúde a eles prestada. Um novo Plano de Emergência de Atenção à Saúde Yanomami (Peas/Yanomami) passará a ser implementado no início de janeiro de 1990, com a participação de entidades governamentais e não governamentais. Havia se conquistado uma importante mudança de atitude do governo federal.

A pedido do Ministério Público Federal, em novembro de 1989 Maria Gorete realizou uma viagem à região do rio Paapiú para avaliar os efeitos do garimpo na saúde e na vida dos Yanomami. O relatório com diagnóstico de situação foi lido e debatido em uma audiência pública no Senado Federal. Já no âmbito do Peas/Yanomami, no início de 1990 ela foi à região da serra das Surucucus, como integrante de uma das equipes de saúde da Ação da Cidadania. E entre os meses de dezembro de 1990 e fevereiro de 1991 desenvolveu ações de saúde entre os Yanomami das regiões dos rios Catrimani e Demini. O trabalho de investigação documental na Funai foi sendo realizado nos intervalos possíveis de uma agenda intensa de reuniões, debates, viagens etc.[10]

Em 1989, os interesses minerários sobre o território dos Yanomami buscavam a todo custo consolidar a sua presença. Fruto dessa pressão, em 17 de fevereiro foram publicados no *Diário Oficial da União* os decretos n. 97.512 e 97.530, por meio dos quais o presidente José Sarney homologava a demarcação da Terra Indígena Yanomami em Roraima e no Amazonas na forma de 19 áreas indígenas

descontínuas ("ilhas") incrustadas em duas florestas nacionais. Em 19 de abril de 1991, um decreto presidencial declara insubsistente a demarcação administrativa na forma de ilhas, determina nova demarcação e revoga a autorização para o exercício da atividade de garimpagem na área. O embate político pela definição do perímetro do território Yanomami só foi encerrado em 25 de março de 1992, quando o presidente Fernando Collor de Mello homologou a Terra Indígena Yanomami como hoje a conhecemos.[11]

O ano de 1991 inicia com uma ótima notícia: em 4 de fevereiro o decreto presidencial n. 23 transferiu a responsabilidade pela atenção à saúde das populações indígenas para o Ministério da Saúde, mais especificamente para a Fundação Nacional da Saúde (FNS), constituída a partir da junção da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) com a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp). Como será visto no levantamento realizado por Maria Gorete, tanto a Sucam quanto a Fundação Sesp estabeleceram convênios com a Funai entre 1967 e 1988, para prestar assistência médico-sanitária a populações indígenas.[12]

Como consequência das mudanças introduzidas pelo decreto 23, foi criada no âmbito da FNS a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai), com a atribuição de planejar e apoiar na execução dos projetos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade.[13]

O decreto 23 estabeleceu que as ações e os serviços de saúde seriam organizados e implementados seguindo o modelo de distritos sanitários, adequados de modo a considerar as especificidades das diferentes áreas e comunidades indígenas. Mas essas mudanças e arranjos político-institucionais no modo de organização e gestão das ações e serviços de saúde para a população indígena não foram feitos sem tensões e conflitos – na relação entre Funai e FNS; internamente à FNS; e entre a Cosai e a coordenação do primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), formalmente criado pela portaria interministerial n. 316, de 11 de abril de 1991: o Distrito Sanitário Yanomami (DSY). Esse primeiro movimento de reformulação do modelo de atenção básica à saúde indígena desencadeou a incorporação gradativa e a mobilização de novos atores na disputa política pela organização do novo sistema de saúde. Mas esse impulso inicial não foi suficiente para gerar uma transformação estrutural e sistêmica.

A portaria interministerial n. 316/1991 aprovou o Projeto de Saúde Yanomami, compreendendo o conjunto de medidas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde dos Yanomami e Maiongong, integrado ao objetivo de reequilíbrio da vida econômica, política e social desses grupos étnicos. Estabeleceu também que as ações e serviços comporiam um sistema local de saúde – Distrito Sanitário Yanomami, sob a administração da FNS. À Funai coube, entre outras coisas, as incumbências de delimitar e demarcar a área Yanomami e a criação do parque indígena, e de tomar medidas de desintrusão dos garimpos no seu interior e impedir

o seu retorno à área. A portaria foi assinada pelo ministro da Saúde Alceni Guerra e pelo ministro da Justiça Jarbas Passarinho. Em um cenário de *pós-catástrofe*, a medida aparecia como a possibilidade de uma nova "normalidade".

Aspectos gerais do relatório

O relatório preparado por Maria Gorete está dividido em quatro partes complementares. Em primeiro lugar, e por considerar que as concepções da economia política e indigenista mais geral repercutem e influenciam na conceptualização sobre as condições de saúde e sobre a atuação médico-sanitária em áreas indígenas, nas duas primeiras partes Maria Gorete realiza uma breve *análise contextual* das duas diretrizes básicas da política indigenista governamental no período, a saber: 1) a integração das populações indígenas na sociedade nacional como projeto; e 2) a prerrogativa de tutela da Funai sobre essas populações nesse processo. Traz alguns dados, ideias e reflexões sobre o momento desenvolvimentista conduzido pelo governo federal e a atuação do aparelho indigenista. A ideologia indigenista do momento, os decretos administrativos e as estruturas (re)criadas do regime tutelar e de atenção à saúde da população indígena estão conectados com a situação histórica, pois não se originam de maneira isolada, por pura vontade ou fantasia dos seus criadores. Ao contrário, cumprem dentro da realidade social uma função precisa e determinada, que precisa ser conhecida. Serão pinceladas rápidas, é certo, mas que para os propósitos do documento, e nas circunstâncias em que se deu a sua redação, diz a autora em dado momento, faziam todo sentido e eram necessárias.

Na terceira e quarta partes está o que a autora se propunha a fazer quando apresentou sua proposta de trabalho. Aí tratará de *aspectos da política indigenista em relação à saúde das populações indígenas no período* e apresentará os *resultados da sua busca de fontes documentais e da análise realizada dos documentos* de convênio firmados pela Funai com terceiros, além de outros documentos relacionados, como relatórios, diagnósticos e projetos de atividades. Foram analisados pela autora 107 convênios, alguns de renovação de acordos de cooperação que se repetem por anos, incluindo situações de repasse de atribuições na atenção médico-sanitária, odontológica e hospitalização, serviços laboratoriais, pesquisa e diagnósticos, fornecimento de medicação, construção e instalação de infraestruturas etc. Alguns territorialmente localizados, junto a determinada população etc., e outros de abrangência nacional. O *conjunto dos convênios encontrados nos arquivos, com informações sistematizadas sobre ano, conveniado, finalidades, período e abrangência sociocultural e/ou territorial*, o leitor e a leitora encontrarão disponíveis na quarta parte do relatório, organizado na forma de listagem.

O relatório se encerra com um conjunto de *recomendações de ação e de investigação*. A autora sugere temas e questões para futuras investigações e faz recomendações relativas ao processo de implantação do modelo de distritos sanitários, que em 1991 e 1992 dava os primeiros passos. Além das fontes e referências bibliográficas, o relatório traz dois anexos que ilustram e complementam o exposto na parte principal do documento.

Por fim, o relatório da médica e pesquisadora Maria Gorete nos mostra que junto com rupturas e mudanças estruturais no sistema de atenção à saúde indígena a partir de 1991-1992, e especialmente depois, com a lei n. 9.836/1999, que criou o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SasiSUS), houve continuidades. Várias instituições governamentais e não governamentais que antes estabeleciam convênios com a Funai seguiram atuando por meio de convênios com a FNS. Algumas conveniadas do período anterior, inclusive, assumiram a gestão das ações e serviços de determinados DSEIs. O relatório faz rever e repensar algumas imagens ou até concepções socialmente construídas, como a de que no período em que a atenção à saúde indígena era atribuição da Funai, esta se dava unicamente por meio das denominadas equipes volantes de saúde, as EVS. Como já disse, a autora cobre um período sobre o qual há escassos estudos específicos. Nos seus moldes, é um estudo pioneiro, que espero estimule novas pesquisas, aproveitando dos arquivos documentais e das memórias vivas das testemunhas que ainda estão circulando por aí.

Notas

1 Nem o passado histórico nem a lembrança que lhe dá forma são referências dadas, já organizadas como tal, à espera de que a memória volte a recolher os seus conteúdos como se se tratasse de um repositório de significações já prontas e igualmente disponíveis para qualquer releitura. A pressão urgida – e urgente – de hoje nos impele a desatar os nós da temporalidade que tendem a comprimir os acontecimentos em um passado fixo e inativo, a reorganizá-los segundo cruzamentos plurais.

2 A primeira filha de Maria Gorete, Júlia, havia nascido em novembro de 1987, cerca de três meses após a ocupação garimpeira do território Yanomami e da interrupção das ações médicas da CCPY na área.

3 Parte das contribuições científicas apresentadas e debatidas no evento foram reunidas no livro organizado por Dominique Buchillet, *Medicinas Tradicionais e Políticas de Saúde na Amazônia* (Belém: MPEG/CNPq/SCT/Cejup/UEP, 1991). O livro traz também a conferência de abertura do encontro, na qual Dominique falou sobre antropologia da doença, os sistemas oficiais de saúde e a contribuição da escola antropológica francesa. Ver Emperaire & Velthem, 2019.

[4] Ver Selau *et al.*, 1988, artigo preparado para ser apresentado e divulgado durante a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada de 26 a 29 de novembro de 1986 em Brasília, DF.

[5] Ver Athias, Selau & Verdum, 1984, e Selau, 1985, 1986.

[6] O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis n. 8.080, de 19 set. 1990, e n. 8.142, de 28 fev. 1990. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi instituído e incluído na lei n. 8.080/1990 por meio da lei n. 9.836, de 23 set. 1999. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm#art1>.

[7] O Projeto Calha Norte (PCN) foi elaborado por um grupo de trabalho coordenado pela Secretaria Geral do Conselho de Segurança Nacional e lançado em 1985. Passou a orientar as políticas públicas para essa região, incluída a indigenista governamental. Ver a respeito Pacheco de Oliveira, 1990, e Buchillet, 1991a.

[8] A Funai era presidida por Romero Jucá Filho, que no ano seguinte foi nomeado governador do estado de Roraima e como senador da República por Roraima apresentou em 1996 o PL n. 1.610/96, que autoriza a atividade de mineração em terras indígenas.

[9] Ver a respeito Lopes da Silva, Santos & Luz, 1985; Carneiro da Cunha, 1987; Carneiro da Cunha, Rodrigues & Carvalho, 1987; Cedi & Conage, 1988; Santos & Andrade, 1988, e Lacerda, 2008.

[10] Ver a respeito Ação pela Cidadania, 1989, 1990; Selau & Verdum, 1989; CCPY, 1991; Pithan, Confalonieri & Morgado, 1991, e Selau, 1990a, 1990b, 1991.

[11] Os decretos n. 97.545 (Flona Roraima) e 97.546 (Flona Amazonas) foram publicados no *Diário Oficial da União* em 2 de março de 1989. Ver a respeito em Albert, 1991; Ramos, 1993; Albert & Le Tourneau, 2005, e Bigio, 2007: 256-305. O historiador Elias dos S. Bigio incorpora e faz uso na sua análise de uma série de documentos institucionais a que possivelmente poucas pessoas tiveram acesso.

[12] Em setembro de 1970, por meio das portarias n. 337 (02/09/1970) e n. 340 de 14/09/1970, o presidente da Funai, general Bandeira de Mello, criou o Grupo de Trabalho Funai-Transamazônica, coordenado pelo antropólogo Eduardo Galvão, do Museu Paraense Emílio Goeldi. Pela Fsesp participava o médico Abel Tenório de Souza Rocha. Sobre a atuação do Sesp (a partir de 1960 Fsesp) junto às populações indígenas, ver Sousa, 2011. Sobre a atuação de antropólogos no Sesp/Fsesp, ver Figueiredo, 2004, 2009, 2014.

[13] Em 13 de outubro de 1991, por meio da resolução n. 11, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão o Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi), com a atribuição de assessorá-lo na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Sua composição inicial não previa a participação de representantes indígenas, o que foi alterado pelos próprios membros da Cisi, de forma a que representantes de organizações indígenas pudessem ter assento, voz e voto nas reuniões da comissão.

Referências

AÇÃO PELA CIDADANIA. Roraima: o aviso da morte. Brasília, 1989. (Mimeo.)

AÇÃO PELA CIDADANIA. Yanomami: a todos os povos da Terra. Brasília, 1990. (Mimeo.)

ALBERT, B. S. Terras indígenas, política ambiental e geopolítica militar no desenvolvimento da Amazônia: a propósito do caso Yanomami. *In*: LENÁ, P. & OLIVEIRA, A. E. (Orgs.). *Amazônia: a fronteira agrícola 20 anos depois*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1991.

ALBERT, B. S. & LE TOURNEAU, F. M. Florestas nacionais na Terra Indígena Yanomami, um cavalo de Troia ambiental? *In*: RICARDO, F. P. (Org.). *Terras Indígenas e Unidades de Conservação da Natureza: o desafio das sobreposições.* São Paulo: Instituto Socioambiental, 2005.

ATHIAS, R.; SELAU, M. G. G. & VERDUM, R. Levantamento da situação de saúde da população Hupdë. São Gabriel da Cachoeira, 1984. (Mimeo.)

BIGIO, E. S. *Programa(s) de Índio(s): falas, contradições, ações interinstitucionais e representações sobre índios no Brasil e na Venezuela (1960-1992)*, 2007. Tese de Doutorado, Brasília: Departamento de História, Universidade de Brasília.

BUCHILLET, D. (Org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/Cejup/UEP, 1991a.

BUCHILLET, D. Pari-Cachoeira: o laboratório Tukano do Projeto Calha Norte. *In*: RICARDO, C. A. (Org.). *Povos Indígenas no Brasil 1987/88/89/90*. São Paulo: Cedi, 1991b.

BUCHILLET, D. *Bibliografia Crítica da Saúde Indígena no Brasil (1844-2006)*. Quito: Abya-Yala, 2007.

CARNEIRO DA CUNHA, M. A questão indígena na Constituinte. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 5 maio 1987.

CARNEIRO DA CUNHA, M.; RODRIGUES, J. A. & CARVALHO, W. T. Mineração e terras indígenas. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 26 ago. 1987.

CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO (CEDI) & COORDENAÇÃO NACIONAL DOS GEÓLOGOS (CONAGE). *Empresas de Mineração e Terras Indígenas na Amazônia.* São Paulo: Cedi, Conage, 1988.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Relatório de atividades de saúde na Área Yanomami: assistência médica e saúde bucal. Área 15 (Projeto Demini) e outras áreas, janeiro 1990-maio 1991. *Relatório*. São Paulo: CCPY, 1991.

EMPERAIRE, L. & VELTHEM, L. H. Bibliographie de Dominique Buchillet. *Journal de la Société des Américanistes*, 105(2): 211-216, 2019.

FIGUEIREDO, R. E. D. *Cuidando da Saúde do Vizinho: as atividades de antropólogos norte-americanos no Brasil*, 2004. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas.

FIGUEIREDO, R. E. D. *Histórias de uma Antropologia da Boa Vizinhança: um estudo sobre o papel dos antropólogos nos programas interamericanos de assistência técnica e saúde no Brasil e no México (1942-1960)*, 2009. Tese de Doutorado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas.

FIGUEIREDO, R. E. D. Cuidar da saúde do vizinho: atuação do antropólogo Charles Wagley no Serviço Especial de Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(4): 1.417-1.436, 2014.

LACERDA, R. *Os Povos Indígenas e a Constituinte, 1987-1988.* Brasília: Conselho Indigenista Missionário, 2008.

LOPES DA SILVA, A.; SANTOS, L. A. O. & LUZ, M I. I. M. (Orgs.). *A Questão da Mineração em Terra Indígena*. São Paulo: Comissão Pró-Índio-SP, 1985.

PACHECO DE OLIVEIRA, J. (Org.). *Projeto Calha Norte: militares, índios e fronteiras*. Rio de Janeiro: Peti, Museu Nacional, Editora UFRJ, 1990.

PITHAN, O. A.; CONFALONIERI, U. E. C. & MORGADO, A. F. A situação de saúde dos índios Yanomami: diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(4): 563-580, 1991.

RAMOS, A. R. *O Papel Político das Epidemias: o caso Yanomami*. Brasília: Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1993. (Antropologia, 153)

SANTOS, L. A. O. & ANDRADE, L. M. M. *As Hidrelétricas do Xingu e os Povos Indígenas*. São Paulo: Comissão Pró-Índio-SP, 1988.

SELAU, M. G. G. *Comunidade Maturacá, População Yanomami: atendimento médico, situação de saúde e medicina tradicional*. São Gabriel da Cachoeira: Secretaria de Estado de Saúde, 1985.

SELAU, M. G. G. *Relatório de Vacinação BCG e Sabin: população Yanomami dos rios Maiá, Iá e Cauaburís.* São Gabriel da Cachoeira: Secretaria de Estado de Saúde, 1986.

SELAU, M. G. G. Garimpos: situação de saúde dos índios Yanomami, 1989. Brasília, 1990a. (Mimeo.)

SELAU, M. G. G. Relatórios de atendimento no Plano de Emergência de Atenção à Saúde Yanomami. *Relatório*. Brasília, 1990b.

SELAU, M. G. G. *Projeto de Prevenção e Combate a Cólera nas Comunidades Indígenas do Rio Javari* (Relatório de viagem). Brasília: MS, FCS, Cosai, 1991.

SELAU, M. G. G. & VERDUM, R. Política sanitária e sociedades indígenas: o caso Yanomami. Brasília, 1989. (Mimeo.)

SELAU, M. G. G. *et al*. Uma política diferenciada de saúde para populações isoladas e ou recém-contatadas: os Yanomami no Brasil. *Saúde em Debate*, (ed. esp.): 52-59, jan. 1988. A Saúde do Índio.

SOUSA, A. B. L. *A Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp) no Amazonas: um estudo sobre sua atuação junto aos indígenas*, 2011. Dissertação de Mestrado, Manaus: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Amazonas.

VELTHEM, L. H. & MEIRA, M. Dominique Buchillet: caminhos e trilhas no rio Negro e em outros lugares. *Journal de la Société des Américanistes*, 105(2): 201-209, 2019.

A Política Indigenista Governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras, 1967-1988[1]

Maria Gorete Gonçalves Selau

O presente trabalho tem por objetivo apresentar um quadro representativo da atuação assistencial à saúde das populações indígenas no Brasil, prestada pelo órgão oficial de assistência ao índio, a Fundação Nacional do Índio (Funai), ou por instituições governamentais ou não governamentais a ele conveniadas.

O período analisado está compreendido entre 1967 (ano de instituição da Funai) e 1988 devido à documentação ser mais acessível do que a do período anterior à criação da Funai, o do Serviço de Proteção aos Índios (SPI).

O texto está divido em quatro partes complementares. Por considerar que os dados e fatos da política indigenista em geral têm repercussões sobre a conceptualização da saúde e da atuação médico-sanitária em áreas indígenas, nas duas primeiras coloquei algumas referências sobre as duas diretrizes básicas da política indigenista governamental entre 1967 e 1988, a saber, a perspectiva de integração das populações indígenas na sociedade nacional e a prerrogativa de tutela da Funai sobre estas populações, assim como alguns elementos e reflexões sobre a atuação do "aparelho indigenista de Estado", tendo como pano de fundo a política desenvolvimentista implementada pelo Governo Federal. Em terceiro e quarto lugares trato, então, da política indigenista em relação à saúde das populações indígenas. Para a constituição deste quadro utilizei principalmente a documentação disponível na Divisão de Saúde e no Centro de Documentação da Funai em Brasília.

A integração tutelada das populações indígenas

A criação da Fundação Nacional do Índio em substituição ao desgastado Serviço de Proteção aos Índios (SPI), órgão indigenista oficial criado em 1910 com o objetivo de preservar e assistir os índios, se deu em 5 de dezembro de 1967 (Decreto-Lei n. 5.371), em uma conjuntura nacional marcada por intensa mobilização social e pelo crescente autoritarismo do governo militar que se impõe em 1964. Ela foi concebida com a finalidade de estabelecer as diretrizes básicas da política indigenista oficial e garantir o cumprimento da mesma, tendo como norma

de procedimento a garantia de posse permanente das terras em que habitam as populações indígenas, assim como o usufruto exclusivo para essas "dos recursos naturais e de todas as utilidades nelas existentes". Da mesma forma, caberia ao órgão oficial garantir o respeito à pessoa do índio e de suas comunidades e instituições; assim como garantir o equilíbrio biológico e cultural das populações indígenas no contexto do seu relacionamento com a sociedade nacional.

Além dos princípios e diretrizes traçados no Decreto n. 5.371, a política indigenista brasileira está fundamentada nas seguintes leis:

- Convenção 107, adotada em Genebra, a 26.06.1957, por ocasião da 40ª sessão da Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e promulgada no Brasil pelo Decreto n. 58.824, de 14 de julho de 1966;
- Artigos 8 e 14 da Constituição Federal de 1967;
- Artigos 4, 8 e 198 do Ato Institucional n. 1, de 1969;
- Artigo 6, inciso III, do Código Civil.

Por fim, estas várias leis foram completadas pela promulgação da legislação específica para as populações indígenas: o Estatuto do Índio (Lei n. 6.001, de 19 de dez. 1973). Mais à frente trato do conteúdo desta legislação no que tange à assistência à saúde das populações indígenas.

A par do acima apresentado, gostaria de destacar dois pontos que me parecem de vital importância para se compreender, em parte, a atuação indigenista governamental no período tratado, isto é, entre 1967 e 1988.

O primeiro diz respeito à perspectiva integracionista e etnocêntrica que permeia a legislação indigenista oficial. Com efeito, a Funai e a política indigenista governamental são constituídas na perspectiva de resguardar as populações indígenas de mudanças bruscas, isto é, protegendo-as *no processo* de integração na sociedade regional, e garantindo para essas uma suposta "aculturação espontânea", em um processo equilibrado de "evolução social e econômica" (ver, por exemplo, o art. 1° da Lei n. 5.371, de 5 dez. 1967, que autoriza a instituição da Funai.).

De um modo geral, e sob uma ótica evolutiva que as articula, o trabalho indigenista desenvolvido pela Funai divide-se em três frentes: "o desenvolvimento econômico das tribos integradas"; "a intensificação das tribos semiaculturadas"; e, tratando-se de grupos isolados, "a promoção de missões de aproximação no caso de contatos violentos com os civilizados e tentar a pacificação de tribos em conflito" (Funai, 1970).

Outro ponto que quero aqui levantar diz respeito ao regime especial de tutela por parte da União a que ficam sujeitas as populações indígenas. Consideradas pela legislação vigente como "relativamente capazes" de por si manifestarem-se e decidirem sobre seus interesses, o que na prática significa respaldar a relação

assimétrica estabelecida com a sociedade nacional, têm ainda sobre si a ameaça de serem "emancipadas" caso coloquem em questão a política governamental.

Como agravante, a Funai, o órgão indicado como responsável pelo exercício da tutela dos índios, além de estar vinculada ao Poder Executivo Federal, e tendo seu espaço de atuação controlado pelo Ministério do Interior (Minter), órgão de governo essencialmente comprometido com políticas desenvolvimentistas sempre contrárias aos interesses indígenas, tem sua ação totalmente imune a qualquer intervenção judicial que porventura se fez necessária no caso de adotar alguma providência inadequada em matéria de política indigenista (Dallari, 1979: 78).

O aparelho e a política indigenista do Estado brasileiro

Criada em 5 de dezembro de 1967, a direção administrativa da Funai cabe a um *Conselho Diretor* formado por representantes de diferentes órgãos federais (Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, CNPq [Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico], entre outros) e de associações civis, sendo presidido pelo representante do Minter.

Na prática, a formação da Funai se deu pela fusão do antigo Serviço de Proteção aos Índios (SPI), do Conselho Nacional de Proteção aos Índios (CNPI) e do Parque Nacional do Xingu. Compreende, então, seis *Delegacias Regionais* integradas por *Ajudâncias* e *Postos*, e complementarmente efetiva convênios com Missões Religiosas, o Instituto Linguístico Verão e outras instituições (Força Aérea Brasileira, Governos de Estado e Território, Universidades e organizações hospitalares) para o exercício de atividades de assistência à saúde, educação, transporte etc. Paralelamente ao crescente processo de autoritarismo verificado em outros setores da vida política nacional, em maio de 1969 o Estatuto da Funai é alterado pelo Governo de modo a transformar o Conselho Diretor em um mero órgão consultivo e assessor, mudando inclusive sua denominação para Conselho Indigenista (Decreto n. 64.447, de 2 maio 1969), e dando plenos poderes ao representante do Minter.

Em 1971, com o Decreto 68.377 (de 19 março 1971), que dá nova redação ao Estatutos da Funai, a composição do Conselho Indigenista é reduzida a sete membros nomeados formalmente pelo Presidente da República, entre "pessoas de comprovado conhecimento da problemática indigenista". Na prática, isto significou o retorno do setor militar ao centro institucional da política indigenista governamental e a predominância da ideologia subordinada ao binômio "desenvolvimento e segurança nacional".

Coincidindo com a política governamental que institui a necessidade de integrar a Região Amazônica através de grandes projetos de desenvolvimento (rodovias, colonização, mineração etc.) e seguindo os ditames do Minter de realizar uma

política voltada à integração das populações indígenas em ritmo acelerado, nos anos 1970 temos a Funai voltada prioritariamente para as regiões Norte e Centro-Oeste do país. Nesses anos, o órgão indigenista esteve incumbido de maneira prioritária, e conjuntamente com as missões religiosas, de exercer uma política indigenista visando preparar as populações indígenas para a integração. São fortalecidas as unidades regionais e ampliada a rede de Postos Indígenas, a linha de frente da ação do órgão indigenista.

Objetivando coordenar e apoiar o trabalho das Frentes de Atração criadas no processo de abertura das rodovias Transamazônica, Perimetral Norte, Santarém–Cuiabá, Manaus–Caracaraí, entre outras em construção na Amazônia, é instituída em 1972 a Coordenação da Amazônia (Coama), chefiada por militares.

A Coama foi criada como uma unidade independente por ato do presidente da Funai, não constando formalmente da estrutura administrativa da Fundação. Ela é dirigida por uma coordenação diretamente subordinada ao presidente do órgão indigenista, e tem como prepostos os Delegados Regionais e os Chefes das Bases Avançadas de Operações no estado do Amazonas e no território federal de Roraima. Além de autonomia administrativa, ela tem autonomia financeira e sua fonte é o Plano de Integração Nacional (PIN), que estabeleceu no início da década de 70 as metas e diretrizes do processo de ocupação da Região Amazônica (ver Decreto-Lei n. 1.106, de 16 jun. 1970).

Planos e programas de *desenvolvimento comunitário* são criados e implementados sob a justificativa da necessidade de engajar as comunidades indígenas no processo de desenvolvimento econômico e social em curso na sociedade nacional.

A partir de 1979, são alocados recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social visando, sobretudo, à estruturação dos setores de educação, saúde, economia de subsistência e de comercialização, "objetivando a integração gradativa e harmônica da população indígena à comunidade nacional e a preservação do patrimônio material e cultural dessas comunidades" (Funai, 1979a).

Passados dez anos da promulgação do Estatuto do Índio (1973), uma avaliação sobre a situação jurídica das terras indígenas indica que apenas 32% das terras então identificadas encontravam-se *demarcadas* (Oliveira Filho, 1983).

Para dificultar o processo de regularização das terras indígenas, cinco anos após o prazo limite estabelecido pelo Estatuto do Índio para que todas as terras indígenas estivessem regularizadas (1978), é retirado do âmbito da Funai o poder decisório sobre isto e deslocado para um "grupo interministerial", onde a Secretaria Geral do Conselho de Segurança Nacional (CSN), integrante do "grupo", tem a palavra final (Dec. Interministerial n. 88.118, de 23 fev. 1983). No mesmo ano (1983), dois novos decretos são editados visando instrumentalizar legalmente a ingerência militar e empresarial nas terras habitadas pelos indígenas: o de número 94.945, de 23 de setembro, revogando o Decreto n. 88.118 e aprofundando o poder decisório

do CSN na demarcação de áreas indígenas; e o de n. 88.985, de novembro, que permite a atuação de empresas mineradoras em áreas indígenas.

A Funai é um órgão em constante crise, decorrente dos compromissos com interesses desenvolvimentistas e integracionistas. Esta situação se agrava com a crescente mobilização social em oposição ao regime militar e, principalmente, pelo surgimento de um movimento organizado de resistência e revitalização étnico-indígena. Os interesses dominantes, para executar seus planos, se veem na emergência de mudar seu discurso: um tom mais "democrático", mas sem perder de vista os seus objetivos.

Após sucessivas "personalidades" transitarem pelo cargo de presidente da Funai em menos de um ano de Nova República (1985-86), alguém amoldado às exigências de um governo *pós-militar* e *de transição* assume o cargo, estabilizando o domínio político-militar em áreas indígenas.

Em nome da modernização é implantada a *descentralização administrativa* no órgão, centralizando as quarenta administrações regionais e os 333 postos indígenas então existentes em seis superintendências executivas regionais subordinadas diretamente à presidência do órgão (Decreto n. 92.470/86). Por outro lado, essa descentralização de maneira alguma significou uma maior participação das comunidades indígenas na definição e no gerenciamento da política indigenista. A iniciar pelo pessoal de direção nas superintendências, que foi indicado a dedo pela presidência do órgão.

Neste período inúmeros convênios de cooperação técnica e assistencial são firmados entre a Funai e outros órgãos ou entidades. Em geral, o discurso da administração (1986-88) segue um tom liberal e ufanista; um discurso repleto de contradições e não compatível com a realidade observada: diversas são as denúncias de corrupção de funcionários da Funai (madeira, minérios, terras, renda indígena etc.); o descaso e até a conivência, por exemplo, com a ocupação por milhares de garimpeiros do território habitado pelos Yanomami (agosto de 1987), com graves consequências biotecnológicas e sociais para essa população; e a discriminação das terras e das populações indígenas sob critérios de *grau de aculturação* (Decreto n. 94.496, de 23 set. 1987).

Também é deste período um dos projetos mais polêmicos da segunda metade da década de 80: o Projeto Calha Norte (PCN). Neste, a ingerência na vida das nações indígenas que vivem ao norte das calhas dos rios Solimões e Amazonas é explicitada em um relatório da Funai datado de 1987, onde o PCN é apresentado como tendo por objetivo principal a promoção da "ocupação racional" e o "desenvolvimento controlado" da região.[2]

Como em outros projetos de cunho desenvolvimentista, encontramos aqui também assinalada a preocupação com a assistência à saúde das populações indígenas. Como de outras vezes, isto significaria na prática a instalação ou ampliação

da infraestrutura humana e material de saúde nas áreas mais diretamente atingidas pelas obras de construção de pistas de pouso e postos de vigilância.

Aspectos da política indigenista de saúde do Estado brasileiro

Primariamente, dois documentos especificam e delimitam os princípios básicos da ação médico-sanitária da política indigenista governamental entre 1967 e 1988.

Em primeiro lugar temos o Decreto Lei n. 5.371, que, autorizando a instituição da Funai e dando outras providências, no seu artigo 1º determina que uma das finalidades do órgão é promover a prestação da assistência médico-sanitária aos índios. Em segundo lugar temos o *prescrito* na Lei n. 6.001 (o Estatuto do Índio) sob o título "Da Educação, Cultura e Saúde". O artigo 54 estipula que "os índios têm direito aos meios de promoção à saúde facultados à comunhão nacional"; e ainda, no parágrafo único, que "na infância, na maturidade, na doença e na velhice, deve ser assegurada aos silvícolas especial assistência dos poderes públicos, em estabelecimentos a esse fim destinados". No artigo 55 está dito que "o regime geral da previdência social será extensivo aos índios, atendidas as condições sociais, econômicas e culturais das comunidades indígenas".

Ainda que genéricos a ponto de darem margem para interpretações e aplicações variadas, e por vezes conflitantes, nos artigos acima vemos refletidas as três teses básicas que norteariam o pensamento e a ação assistencial no âmbito da política de saúde indigenista no período em análise: primeiro, que o órgão tutor, no caso a Funai, é concebido como responsável pela prestação da assistência médico-sanitária aos índios; segundo, que os direitos concedidos aos indígenas equiparam-se aos dos integrantes da sociedade nacional no que diz respeito ao acesso aos instrumentos de promoção e recuperação da saúde; e terceiro, a necessidade de serem reconhecidas e respeitadas as suas particularidades socioculturais pelo regime geral de previdência social.

A primeira referência a uma ação planejada do setor Saúde da Funai foi encontrada em 1971: um estudo diagnóstico baseado nos dois primeiros anos de atuação do órgão e que desembocou na elaboração de um Plano de Saúde a ser coordenado pelo Departamento Geral de Assistência (ver Funai, 1971). Como objetivos principais, temos: imunização sistemática; saneamento básico; higiene; educação sanitária; controle da tuberculose; assistência médico-hospitalar; levantamento bioestatístico com coeficientes e índices de nupcialidade, natalidade, mortalidade geral e específica, e morbidade. Por outro lado, ao olharmos

com maior atenção, verificamos que estamos frente a uma adaptação das linhas básicas da política de saúde do Estado brasileiro para a população "branca" no contexto das populações indígenas.

Tendo o *doente* e a *doença* como objeto central de preocupação, o modelo assistencial constituído aparece como válido para todas as *tribos indígenas* sem considerar os padrões e as particularidades culturais e ecológicas das etnias.

Determina-se assim a formação de dez Equipes Volantes de Saúde (EVS), nove sediadas em cada uma das Delegacias Regionais e uma em Brasília, com o objetivo específico de assistir as populações indígenas nas áreas médica, odontológica e farmacêutica, por meio de visitas periódicas e/ou de ações emergenciais. Complementarmente, propõe-se que os Postos, em processo de ampliação numérica, sejam dotados de enfermeiro e/ou atendente de enfermagem, e que em cada um exista uma "farmácia padrão" que atenda às necessidades locais de atenção.

Também as organizações missionárias que prestam algum tipo de assistência médico-sanitária em numerosas áreas indígenas são integradas nos programas assistenciais como extensões dos serviços médicos prestados pelo órgão tutor. Convênios também são firmados com outros órgãos e entidades governamentais ou não (Sucam, Fsesp, Universidade do Estado do Amazonas, órgãos do Ministério da Saúde, hospitais privados etc.). Na década de 70, o avanço das frentes pioneiras da sociedade nacional sobre os territórios habitados pelas populações indígenas, incentivado e facilitado pelos denominados *projetos de desenvolvimento* coordenados pelo Governo Federal (rodovias, colonização, agroindústria, pecuária, extração mineral etc.), e a consequente introdução de moléstias infectocontagiosas entre grupos em grande medida despreparados social e culturalmente para enfrentá-las, e sendo muitas delas de caráter epidêmico, faz do setor Saúde um dos pilares de sustentação do órgão tutor. A atuação médico-sanitária assume um caráter emergencial.

Seguindo a política ditada pelo Minter de acelerar o processo de integração das populações indígenas, principalmente as habitantes das regiões Norte e Centro-Oeste do país, a Funai estrutura os serviços médicos prestados aos indígenas como parte dos denominados *programas de desenvolvimento das comunidades*.

De forma resumida, entendo que estes programas visam não só minimizar o impacto sobre a saúde das populações indígenas das transformações estruturais promovidas pelo programa desenvolvimentista em nível social e econômico, como também adaptá-las e integrá-las a este processo através de uma série de atividades voltadas para a mudança de hábitos e interesses: educação escolar, rede de comunicação, transporte, atividades sociais, atividades agrícola e pecuária, pequenas indústrias rurais, incentivo e aperfeiçoamento do artesanato e do sistema cooperativo, adoção de novas tecnologias e saneamento básico.

Em 1979, como parte de uma série de estudos que visam subsidiar a reformulação da estrutura administrativa da Funai, são feitas avaliações sobre a

situação das diferentes instâncias que compõem o órgão e de suas interações. São 12 Delegacias Regionais, 173 Postos e 4 Parques administrados pela Funai. Apresento a seguir um quadro de situação com informações de sete delegacias.

Quadro 1 – Informações gerais sobre recursos materiais e humanos em sete delegacias regionais (DRs) da Funai – 1979

DR	Jurisdição	Sede	População estimada	Postos da Funai	Postos da Coama	Ajudâncias	Recursos humanos (saúde)							
							Assistente social	Enfermeiro	Médico	Laboratorista	Atendente enferm.	Monitor	Odontólogo	Auxiliar enferm.
1ª	AM (exceto nordeste e sudeste)	Manaus	20.350	07	17		01	-	01	01	01	07	-	-
2ª	PA, AP	Belém	7.027	25	01	03	02	02	02	02	31	-	02	-
3ª	PB, PE, AL, BA	Recife	17.259	10	-	-	01	01	01	01	15	01	01	-
4ª	RS, SC, PR (abaixo do paralelo 25 graus Sul)	Curitiba	9.223	13	-	-	01	01	01	01	21	26	01	-
5ª	MT (menos noroeste e nordeste)	Cuiabá	1.566	10	-	-	01	01	01	02	10	-	01	02
9ª	MS	Campo Grande	15.910	18	-	-	01	01	01	01	24	08	01	-
10ª	RR, AM (nordeste)	Boa Vista	7.818	05	-	-	01	01	01	01	04	04	01	01

Fonte: elaborado pela autora com base na reformulação da estrutura administrativa da Funai, 1979.

O trabalho desenvolvido pela Funai junto à população indígena conta com a colaboração da Central de Medicamentos, Ceme (medicamentos), do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, Funrural (hospitalização, transporte, laboratório, pessoal técnico etc.), do Ministério da Educação/Fundação Nacional do Material Escolar, MEC/Fename (higiene e saneamento), da Fundação Legião Brasileira de Assistência, LBA (medicamentos e saneamento), da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, Sucam (combate a endemias), da Fundação Serviços de Saúde Pública, Fsesp (atenção médico-hospitalar e saneamento); da Força Aérea Brasileira, FAB (transporte); de missões religiosas; das secretarias estaduais de Saúde; prefeituras municipais etc. Articula uma ampla rede de instituições governamentais e não governamentais, com o objetivo geral, em tese, de auxiliar o órgão tutor na manutenção e recuperação da saúde das populações indígenas.

Neste período, ainda se mantêm as regiões Centro-Oeste e Norte do país como regiões prioritárias para a ação do órgão, o que é previsto estender-se até 1985 (Funai, 1979b).

Paralelamente à intensificação dos trabalhos de atração e aldeamento de vários grupos étnicos indígenas nestas regiões, o setor Saúde elege o grupo *materno-infantil* como prioritário em sua ação, visto ser o contingente populacional mais numeroso e o mais importante na preservação da etnia, e estabelece como meta de trabalho a redução dos índices de mortalidade principalmente infantil.

Em linhas gerais, o processo de *pacificação de tribos arredias* teria início com a notícia da presença de um grupo indígena desconhecido e sujeito a um "contato indevido". Verificada a veracidade da notícia, seria dado início ao processo de *aproximação*, o qual estaria concluído com a introdução de atividades inerentes ao aldeamento. Etnias priorizadas no quinquênio 1979-1985: Waimiri-Atroari, Marubo, Mayoruna, Kanamari, Wai-Wai, Yanomami (AM); Parakanã, Araras (PA); Guajá (MA); Karipunas, Zoró, Suruí, Urueu-Wau-Wau (RO); Machineri (AC); Yanomami (RR); Massacá, Krenakarore (MT) e Avá-Canoeiros (GO).

Aproximadamente dois anos depois do início da execução do Plano de Ação 1979-1985, constatou-se que 70% da população indígena no Brasil estavam em precárias condições de saúde (Funai, 1981). As moléstias de maior prevalência por região eram as seguintes:

Quadro 2 – Regiões e principais moléstias entre a população indígena

Região	Moléstias
Amazônia	Malária, oncocercose, viroses e dermatoses.
Nordeste	Esquistossomose e desnutrição.
Centro-Oeste e Sudeste	Chagas e esquistossomose.
Sul	Tuberculose, doenças crônicas e doenças venéreas.

Obs.: Também são apontados em algumas regiões o alcoolismo, a prostituição e a mendicância.

Não muito diferentemente da década anterior, os anos 80 também serão marcados pelos *projetos de desenvolvimento* incidindo principalmente sobre as regiões Centro-Oeste e Norte do país (Grande Carajás, Polonoroeste, hidrelétricas, mineração, rodovias etc.) e pelo atrelamento da Funai a uma política de amenizar seu impacto nas populações indígenas afetadas.

No campo da saúde, verifica-se a ocorrência de uma ampliação da rede de atenção primária e secundária do órgão indigenista: de 222 enfermarias e 20 Casas do Índio em 1983, em 1987 havia o total de 239 enfermarias e 26 Casas do Índio. Uma ampliação que não significou uma melhora no estado geral de saúde dos indígenas, mas esteve relacionada a um aumento na demanda pelos próprios índios por serviços médicos, ao que se somaram as pressões político-assistenciais de entidades de apoio e das próprias organizações indígenas que vão se estruturando regionalmente e em nível nacional.

No 1º Encontro de Saúde Indígena, realizado em Brasília de 24 a 29 de janeiro de 1985, que contou com a participação de funcionários da Funai, chegou-se à conclusão de que "os problemas atualmente constatados são verdadeiramente trágicos, resultantes das deficiências qualitativas e quantitativas de recursos humanos especializados, e inadequação dos esquemas terapêuticos aplicados, carência de medicamentos, desnutrição, poluição ambiental, descontinuidade dos programas de imunização, bem como da angústia gerada pela incerteza de um futuro constantemente ameaçado por mineradoras, hidrelétricas, projetos agropecuários, agressões ao meio ambiente e torpes assassinatos" (Funai, 1985a). Daí o que se colocava como de extrema necessidade era a realização de um *esforço integrado* entre Funai, instituições de ensino e pesquisa, entidades de apoio e, principalmente das próprias Comunidades Indígenas, visando constituir um sistema de atenção à saúde indígena realmente eficaz, visto que o vigente não atendia às mínimas necessidades de manutenção e recuperação da saúde dos indígenas na situação de espólio sistemático a que estavam submetidos.[3]

Na realidade, este entendimento da situação e da necessidade de ações integradas incorporando os diferentes interessados na saúde indígena era algo que,

de certa forma, permeava as discussões sobre saúde indígena nesse período, e que culmina na 1ª Conferência Nacional Proteção à Saúde do Índio – desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre os dias 26 e 29 de novembro de 1986.

Deve-se ressaltar que em 1985, e como fruto da colaboração de amplos setores da sociedade civil organizada, o governo da Nova República estabeleceu no seu Plano de Ação Governamental a necessidade da constituição de Ações Integradas de Saúde (AIS) como estratégia de ação para a área da saúde. Uma conjugação de princípios e diretrizes que, a partir da confluência de esforços entre os níveis federal, estadual e municipal, criariam as condições técnico-administrativas e políticas para a construção de um modelo assistencial centrado principalmente na descentralização e na universalização do atendimento.

Consolidadas as AIS – o que na prática resultou no repasse de recursos para a Funai desenvolver seus projetos de assistência, e principalmente após o governo formalmente assumir na VIII Conferência a necessidade de ser implantada uma Reforma Sanitária no Brasil, ou seja, que à política das AIS fossem acopladas medidas nas áreas de habitação, saneamento, alimentação etc. –, criam-se as condições para a implantação dos denominados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Decreto n. 94.657, de 20 jul. 1987; ver também os artigos 196, 197, 198, 199, 200 da Constituição Federal de 1988).

Neste contexto, e como fruto de discussões, de avaliações e do jogo de forças e interesses na Conferência Nacional Proteção à Saúde do Índio, surge a necessidade de ser criada uma agência específica para "o gerenciamento dos serviços e das ações de atenção à saúde para as nações indígenas".

Tendo como um de seus pressupostos a participação indígena em todas as instâncias de planejamento e avaliação, recomenda-se que tal agência seja vinculada institucionalmente ao ministério responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a integrar o "sistema específico de saúde para os índios" ao sistema nacional.

Paralelamente ocorrem discussões sobre os elementos componentes deste sistema especial de saúde, as instâncias do nível local ao federal, a articulação entre eles e a relação desse sistema com o restante da rede do SUS: a pura e simples municipalização dos serviços e ações de saúde prestados às populações indígenas; a constituição de "distritos de saúde especiais" ou de "áreas sanitárias especiais indígenas"; a necessidade ou não da coincidência das áreas geográficas dos "distritos especiais" com as áreas municipais; as especificidades locais, características e prioridades em cada área, como critério principal na programação das ações de saúde; as formas de inserção local tendo em vista os recursos próprios de saúde das comunidades, e suas respectivas conceituações de saúde e doença; a metodologia a ser adotada na vinculação com as demais esferas do SUS que atuam a nível

municipal, estadual e federal; a constituição do sistema especial da saúde dos índios nos diferentes níveis de atuação (local, regional e federal) e as formas de garantir a organização e o funcionamento do sistema como um todo; os recursos, fontes e administração para o funcionamento do sistema; a questão da participação de outras instituições, organismos e entidades, na forma de cooperação técnica; a participarão das organizações indígenas e organizações de apoio (ONGs); e o relacionamento com o órgão tutor, a Funai. Esses e outros pontos pautam as discussões sobre o Sistema Único de Saúde e a especificidade da Saúde do Índio nesse.

No âmbito da Funai, em 1985 é estabelecido um convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) visando à gradativa integração dos serviços e ações médicas do órgão tutor nas novas diretrizes do setor Saúde (AIS). Em 1986 a Funai passa a receber verba específica do Inamps para cobrir os custos dos serviços de saúde prestados às populações indígenas. Por fim, em 1987 é instituído o Programa Nacional de Saúde Indígena através do convênio firmado entre a Funai e o Ministério da Saúde.

Em termos administrativos, com o Decreto Presidencial n. 92.470, de 18 de março de 1986, que define alterações no Estatuto da Funai, e a Portaria Ministerial n. 99, de 31 de março de 1987, que aprova o novo Regimento Interno do órgão, o Serviço de Saúde, juntamente com o Serviço de Educação e o de Atividades Produtivas, fica subordinado à Coordenadoria de Programação e Acompanhamento (CPA), que por sua vez está ligada à Superintendência Geral (Suge), unidade subordinada diretamente à presidência do órgão. Ainda no âmbito do setor Saúde do órgão tutor, são desativadas as Equipes Volantes de Saúde (EVS), um dos pilares do precário serviço e das ações de assistência à saúde indígena prestados pela Funai até então.

Em um documento referente aos convênios vigentes em 1988 encontramos notícias sobre negociações em curso entre a Funai (Ministério do Interior) e o Ministério da Saúde com vistas à integração dos serviços médicos prestados pelo órgão tutor no Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Funai, 1988a: 19). Neste momento, as discussões que circulam em torno destas negociações apontam para uma *regionalização* dos serviços assistenciais do órgão (estadualização e municipalização) e para uma gradativa desincumbência da Funai da ação médica.

Para concluir, segue um quadro com informações gerais sobre as seis superintendências regionais da Funai e o setor Saúde em cada uma delas (1988).

Olhando com mais atenção o quadro construído, observamos que a malária e a tuberculose, assim como os problemas respiratórios e a desnutrição, verminose e diarreia são os problemas de saúde com maior destaque em quase todas as Superintendências Executivas Regionais (Suer). A doença de Chagas e a esquistossomose também aparecem como preocupantes na 1ª Suer (Região Centro-Sul), e o alcoolismo tem seu registro na 1ª e na 6ª Suer.

Quanto à relação população/Posto Indígena, constatamos que em 1988 a 6ª Suer apresenta a maior incidência de Postos Indígenas (PINs) em relação à população total sob sua responsabilidade: há um posto para cada 286,20 indígenas. Na extremidade oposta encontramos a 3ª Suer (Região Nordeste) com 1.432,78 indígenas para cada Posto Indígena; e não muito distante disto encontramos a 5ª Suer, com 1.012,04 pessoas para cada Posto Indígena.

Com relação aos recursos humanos de saúde lotados em cada Suer, constatamos que, afora a 4ª Suer, onde só temos o número total de servidores de nível superior (28), a 5ª Suer é a que apresenta o mais alto contingente de indígenas para cada médico (9.336,22), e que a 6 ª Suer é a que está na extremidade oposta, com 1.660 indígenas para cada médico.

A mesma situação verificamos quanto a odontólogos e enfermeiros, sendo que na 5ª Suer esta proporção pula para 12.003,71 indígenas para cada odontólogo, e um enfermeiro para cada 14.004,33 indígenas.

Com relação aos serviços técnicos de nível médio e aos monitores de saúde, as mesmas posições extremas se repetem. Na 5ª Suer, são 756,99 indígenas para cada funcionário deste grupo, enquanto na 3ª Suer (Região Nordeste) não há registro de funcionários deste grupo.

Quadro 3 – Informações gerais sobre infraestrutura de saúde, principais problemas e convênios – Funai, 1988

Suer	Sede	Área de ação	Administrações Regionais/ Postos Indígenas	População	Problemas de saúde	Recursos humanos e materiais	Convênios vigentes (1988)
1ª	Curitiba, PR	RS, SC, PR, SP, RJ	Bauru, SP - 06 Guarapuava, PR - 07 Londrina, PR - 05 Passo Fundo, RS - 09 Xapecó, SC - 05	18.850	Malária, TB, chagas, esquistossomose, desnutrição, alcoolismo.	*Infraestrutura material*: precária. *Infraestrutura humana* 06 médicos; 05 enfermeiros; 04 odontólogos; 01 assistente social; 02 laboratoristas; 04 aux. enfermagem; 44 atendentes; 08 motoristas.	Inamps; Universidade Estadual de Londrina.

Quadro 3 – Informações gerais sobre infraestrutura de saúde, principais problemas e convênios – Funai, 1988 (continuação)

Suer	Sede	Área de ação	Administrações Regionais/ Postos Indígenas	População	Problemas de saúde	Recursos humanos e materiais	Convênios vigentes (1988)
2ª	Cuiabá, MT	MS, MT, RO, sul do AM	Amambaí, MS - 08 Barra do Garça, MT - 05 Pimenta Bueno, RO - 18 Campo Grande, MS - 10 Guajará-Mirim, RO - 08 Porto Velho, RO - 08 Rondonópolis, MT - 06 Tangará da Serra, MT - 07 Vilhena, RO - 13 Xavantina, MT - 07	40.000 aprox.	Vacinação, TB, malária, IRA, diarreia, desnutrição, parasitose.	*Infraestrutura humana* 12 médicos; 08 odontólogos; 13 enfermeiros; 01 assistente social; 169 servidores de nível médio (02 são laboratoristas).	Polonoroeste.
3ª	Recife, PE	AL, BA, CE, ES, MG, PB, PE, SE	Eunápolis, BA - 02 Garanhuns, PE - 06 Gov. Valadares, MG - 07 João Pessoa, PB - 01 Maceió, AL - 05 Paulo Afonso, BA - 07	40.118 aprox.	Desnutrição, parasitose.	*Infraestrutura humana* 14 médicos; 08 enfermeiros; 08 odontólogos.	Santa Casa de Misericórdia.
4ª	Belém, PA	MA, PA, AP	Marabá, PA - 09 Oiapoque, AP - 07 Redenção, PA - 16 São Luiz, MA - 11 Altamira, PA - 11 Barra do Corda, MA - 08 Imperatriz, MA - 08 Itaituba, PA - 06 Macapá, AP - 03	25.467	?	*Infraestrutura humana* 163 servidores no setor Saúde (sendo 28 de nível superior).	Cia. Vale do Rio Doce (Projeto Ferro Carajás); Eletronorte.
5ª	Manaus, AM	RR, AM, AC	Atalaia do Norte, AM - 05 Parintins, AM - 17 São Gabriel, AM - 17 Tabatinga, AM - 08 Boa Vista, RR - 21 Rio Branco, AC - 08 + 07 postos indígenas ligados diretamente à Suer	84.025	Malária, TB, gripe, pneumonia, diarreia, verminose.	*Infraestrutura humana* 09 médicos; 07 odontólogos; 06 enfermeiros; 04 assistentes sociais; 111 servidores de nível médio.	Fundação Universidade do Amazonas (FUA); Eletronorte.

Quadro 3 – Informações gerais sobre infraestrutura de saúde, principais problemas e convênios – Funai, 1988 (continuação)

Suer	Sede	Área de ação	Administrações Regionais/ Postos Indígenas	População	Problemas de saúde	Recursos humanos e materiais	Convênios vigentes (1988)
6ª	Goiânia, GO	GO, DF, nordeste do MT	Araguaia, MT - 05 Araguaína, GO - 10 Gurupi, GO - 10 Xingu, DF - 04	8.300	Malária, TB, Ivas (infecções das vias aéreas superiores), DSTs, desnutrição, verminose, alcoolismo.	*Infraestrutura humana* 05 médicos; 05 odontólogos; 08 enfermeiros; 01 laboratorista; 23 auxiliares de enfermagem; 43 atendentes; 09 monitores; 01 outros.	

Fontes: elaborado pela autora com base em Funai, 1988a; Cedi, 1986; Coordenadoria de Programação e Acompanhamento (Funai), 1988b.

Serviços e ações de saúde: os convênios Funai/outros

Em complementação à estrutura física e humana da própria Funai, vários convênios foram firmados com outros órgãos e entidades visando a atender as necessidades de assistência às populações indígenas.

De maneira alguma se considera o levantamento aqui apresentado como exaustivo e completo. Problemas como a organização do arquivo e o acesso à documentação existente no Centro de Documentação da Funai em Brasília limitaram em muito uma maior aproximação com a totalidade das atividades desenvolvidas pela Funai e outros, através de convênios formalmente estabelecidos. Mesmo esses não representam, na realidade, a totalidade das atividades de saúde realizadas em conjunto ou delegadas a outros pela Funai. Em muitos casos (como ações de emergência, colaborações tratadas em nível local etc.) as colaborações não chegam a ser formalizadas através de convênios.

Como será visto abaixo, além dos convênios com os órgãos dos ministérios da Saúde e da Previdência Social (27), o levantamento constatou haver também convênios com instituições de ensino e/ou pesquisa (19) e missões religiosas (19) como as de maior incidência, totalizando mais de 50% dos convênios levantados.

Os períodos de maior efetivação de convênios no setor Saúde coincidiram com as administrações em que houve maior retrocesso relativo na defesa dos direitos indígenas: Ismarth A. de Oliveira (mar. 1974 a mar. 1979), J. C. Nobre da

Veiga (nov. 1979 a out. 1981) e Romero Jucá Filho (maio 1986 a set. 1988). No período em que o órgão indigenista foi presidido pelo general do Exército Ismarth Araújo de Oliveira foi também quando ocorreu o maior número de convênios com instituições religiosas, católicas e protestantes.

Feita esta rápida introdução analítica, apresento agora (ver Quadro 4 e Tabela 1) a listagem dos convênios levantados ano a ano, assim como algumas informações sobre os seus fins; o período de vigência; e a área geográfica, administrativa ou cultural abrangida.

Quadro 4 – Atenção Médico-Sanitária: convênios Funai/outros, 1967-1988

Ano	Conveniada	Dos fins	Período	Abrangência (UF, DR/ Administração Regional, Suer, Etnia)
1969	Sociedade Hospitalar Cuiabana S.A.	Assistência médico-hospitalar (cirurgia, obstetrícia, urgência).	Até 31 dez. 1970 (prorrogável).	5ª DR (Mato Grosso).
1971*	Sucam	Orientação na formação e treinamento de pessoal; profilaxia e assistência contra Chagas, esquistossomose, febre amarela, helmintose, leishmaniose, malária, peste, tracoma e varíola.	Até 24 meses após a publicação no *Diário Oficial da União* (o convênio foi assinado em 08 out. 1971).	Em todo o território nacional.
1974	Empresa de Mineração Mundurucânia Ltda.	Colaboração na assistência prestada pela Funai - Departamento Geral de Planejamento Comunitário (DGPC).	No período de execução do Programa.	Entre 6-9 graus sul e 57-59 graus oeste.
1974	Casa do Ceará	Hospedagem e assistência médico-dentária aos índios em trânsito por Brasília.	De 01 jul. 1974 a 01 jan. 1975.	Em Brasília, DF.
1974	Faculdade de Odontologia da UFMG	Assistência odontológica.	Indeterminado.	Postos indígenas Maxakali e Krenak, MG.
1974	Sesau (Roraima)	Assistência médico-hospitalar e sanitária (cirurgia, clínica, urgência vacinação).	Indeterminado.	Comunidades indígenas de Roraima.
1974	Funrural (protocolo)**	Estabelecer as bases para a prestação de serviços de saúde aos indígenas e aos beneficiários do Pro-Rural, observadas as condições e os requisitos indispensáveis às qualificações de cada um desses grupos.	A contar de 1º set. 1974.	Indígenas.

Quadro 4 – Atenção Médico-Sanitária: convênios Funai/outros, 1967-1988 (continuação)

Ano	Conveniada	Dos fins	Período	Abrangência (UF, DR/ Administração Regional, Suer, Etnia)
1974	Funrural	Prestação de assistência à saúde dos silvícolas, trabalhadores rurais e seus dependentes através de uma Unidade Móvel de Assistência.	Revalidação automática a cada 180 dias a contar de 25 set. 74.	DR Campo Grande, MT (em 04/76, um termo aditivo transfere o projeto para a Ajudância de Erexim, RS, 4ª DR.
1974	Escola Paulista de Medicina	Assistir o Parque Indígena do Xingu (PQXIN): realizar levantamento demográfico e identificação; realizar inquérito epidemiológico e estudos de ecologia.	Indeterminada.	PQXIN (Mato Grosso).
1974	Prelazia de Roraima	Assistência médico-hospitalar e sanitária aos indígenas de sua área de atuação.	Indeterminada	Macuxi, Wapichana, Taurepang, Yanomami.
1974	Universidade de São Paulo (Projeto Rondon)	Participação e ajustamento das comunidades indígenas ao processo de desenvolvimento (Marabá, PA), e melhoria no padrão de vida; a USP se comprometeu a apresentar projeto em 60 dias.	De 28 ago. 1974 a out. 1976.	Microrregião de Marabá, PA.
1974	Missão Anchieta e Universidade Federal do Mato Grosso	Assistência médico-sanitária; educação e capacitação profissional; auxílio na integração a comunhão nacional; tratamento e hospitalização (Hosp. Cuiabá - UFMT).	Até 2 anos após assinado o convênio.	5ª DR. Etnias: Erikbartsa, Apiaká, Kaiabi, Iratxe, Pareci, Kabixi, Munku, Alotizu, Waimarê, outros.
1975	Sesau (Roraima)	Idem convênio anterior Sesau (RR) e Funai.	Indeterminado.	Comunidades indígenas de Roraima.
1975	Hospital de Medicina Tropical de Manaus (HMTM)	Realização de levantamento epidemiológico junto aos Tikuna.	Indeterminado.	Tikuna (Área Indígena Umariaçu), Amazonas.
1975	Funrural	Nos mesmos termos do convênio de 1974.	Revalidação automática.	DR Campo Grande, MT.
1975	Central de Medicamentos (Ceme)	Fornecimento de produtos farmacêuticos da linha de produção Ceme.	De 27 jan. a 31 dez. 1975.	Em nível nacional.
1975	Fsesp	Prestação de assistência médica às populações indígenas e assessoria técnica à Funai, além da formação de pessoal.	Por dois anos, a partir de out. 1975.	Em nível nacional.

Quadro 4 – Atenção Médico-Sanitária: convênios Funai/outros, 1967-1988 (continuação)

Ano	Conveniada	Dos fins	Período	Abrangência (UF, DR/ Administração Regional, SUER, Etnia)
1976	Coordenação Saúde Amazônica, SUCAM, FSESP (Inst. Evandro Chagas), CNPQ (INPA) e Governo de Roraima	Desenvolvimento de um programa associado de estudos e pesquisas para o controle da oncocercose ao norte da Perimetral Norte (BR-210).	De jan. a 31 dez. 1976.	Ao norte do traçado da Perimetral Norte (BR-210).
1976	Prelazia de Roraima	Assistência médico-hospitalar e sanitária por meio dos hospitais dirigidos pela Prelazia em Boa Vista e em Surumu, assim como na Unidade de Saúde na Aldeia do Barata.	De fev. a 31 dez. 1976.	Comunidades indígenas de Roraima.
1976	Missão Evangélica Caiuá	Assistência médico-hospitalar por intermédio do Hospital de Porto da Esperança.	De mar. a 31 dez. 1976.	Município de Dourados, MS.
1976	Consórcio dos Municípios do Médio Araguaia	Assistência médico-hospitalar aos índios localizados nos municípios de Aragarças (GO) e Xavantina (MT).	De mar. a 31 dez. 1976.	Estados de Goiás e Mato Grosso.
1976	CEME	Idem anterior.	De abr. 1976 a abr. 1977.	Em nível nacional.
1976	SUCAM	Controle e combate a endemias em áreas indígenas.	De set. a 31 dez. 1976.	Em nível nacional.
1976	Sociedade Brasileira da Igreja Adventista do 7º Dia	Assistência médico-hospitalar aos índios portadores de pênfigo e dermatoses afins.	Indeterminado.	Rondônia e Mato Grosso.
1977	Missão Salesiana	Serviços assistenciais.	Indeterminado.	Bororo (MT).
1977	Prefeitura Municipal de Aquidauana	Assistência médico-hospitalar e sanitária aos postos indígenas Ipegue, Taunay e Limão Verde (9ª DR).	Até 31 dez. 1977.	9ª DR.
1977	Consórcio dos Municípios do Médio Araguaia	Idem anterior.	De 15 abr. a 30 nov. 1977.	Municípios de Aragarças, GO, e Xavantina, MT.
1977	Associação das Igrejas de Cristianismo Decidido	Assistência médico-hospitalar, ambulatorial e odontológica.	De 09 set. 1977 a 31 ago. 1979.	Paraná.
1977	Igreja Adventista do 7º Dia	Idem anterior.	De 10 mar. a 31 dez. 1977.	9ª DR (MT).

Quadro 4 – Atenção Médico-Sanitária: convênios Funai/outros, 1967-1988 (continuação)

Ano	Conveniada	Dos fins	Período	Abrangência (UF, DR/ Administração Regional, Suer, Etnia)
1977	Sucam	Idem anterior.	De 19 set. 1977 a 31 dez. 1979.	Em nível nacional.
1978	Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (Sinodal, Isaec)	Promover curso de enfermagem.	Indeterminado.	Suruí (território federal de Rondônia).
1978	Casa do Ceará	Hospitalização e assistência médico-hospitalar.	Indeterminado.	Em Brasília, DF.
1978	Ceme	Fornecimento de medicamentos.	Indeterminado.	Em nível nacional.
1978	Consórcio dos Municípios do Médio Araguaia	Assistência médico-hospitalar.	Indeterminado.	Xavantes. Municípios de Aragarças, GO, e Xavantina, MT.
1978	Funabem	Assistência à população infantil do PQXIN.	Por 6 meses.	PQXIN.
1978	PUC-RS (Projeto Rondon)	Assistência médico-odontológica.	De out. 1978 a out. 1979.	Populações indígenas dos rios Javari e Alto Solimões.
1978	Missão Evangélica Caiuá	Assistência médico-hospitalar.	Indeterminado.	Terena. Município de Dourados, MS.
1978	Prelazia de Roraima	Assistência médico-hospitalar.	Indeterminado.	Indígenas no território federal de Roraima.
1978	União Sul Brasileira da Igreja Adventista do 7º Dia	Assistência médico-hospitalar.	Indeterminado.	9ª DR (Campo Grande, MS).
1979	Hospital de Aquidauana (Funrural)	Assistência médico-hospitalar.	Por 90 dias.	9ª DR.
1979	Missão Evangélica Caiuá	Assistência médico-hospitalar.	De jan. a dez. 1980.	Administração Regional Amambai (MS).
1979	PUC-RS (Projeto Rondon)	Pesquisa odontológica.	Indeterminado.	Tikuna.
1979	Prelazia do Acre e Purus	Assistência médico-sanitária e odontológica.	Indeterminado.	Kulina, Kaxinawa, Maxineri.
1979	Prelazia de Roraima	Assistência médico-hospitalar e sanitária.	Indeterminado.	Indígenas de Roraima.

Quadro 4 – Atenção Médico-Sanitária: convênios Funai/outros, 1967-1988 (continuação)

Ano	Conveniada	Dos fins	Período	Abrangência (UF, DR/ Administração Regional, SUER, Etnia)
1979	PUC-RS (Projeto Rondon)	Pesquisa odontológica.	De 31 ago. a 30 set. 1979.	Tikuna.
1979	União Sul Brasileira da Igreja Adventista do 7º Dia	Assistência médico-hospitalar.	De 01 jan. a 31 dez. 1979.	Campo Grande, MT.
1980	Consórcio dos Municípios do Médio Araguaia	Assistência médico-hospitalar.	De 05 set. a 31 dez. 1980.	Ajudância Autônoma de Barra do Garça, MT.
1980	Casa do Ceará	Hospedagem e assistência médico-hospitalar.	De 02 jan. a 31 dez. 1980.	Em Brasília, DF.
1980	SESAU (Minas Gerais)	Assistência médico-sanitária.	De 28 jan. 1960 a 28 jan. 1982.	Maxakali, Xacriabá, Fazenda Guarani.
1980	Prefeitura Municipal de Boa Vista, RR	Assistência ambulatorial, hospitalar e de urgência no Pronto-Socorro São Bento.	De 02 abr. 1980 a 02. abr. 1981.	População indígena de Roraima.
1981	Escola Paulista de Medicina	Assistência médico-sanitária.	De 02 fev. 1981 a 02 fev. 1982.	PQXIN.
1981	SESAU (Alagoas)	Assistência médico-ambulatorial.	Por 1 ano.	Cariri e Xucuru.
1981	Hospital Cristo Redentor (MT)	Assistência médico-hospitalar.	De 02 jan. a 31 dez. 1981.	-
1981	Hospital Maternidade Santa Helena	Assistência médico-hospitalar.	Indeterminado.	-
1981	PUC-RS (Projeto Rondon)	Assistência médico-odontológica.	De 12 maio a 31 dez. 1981.	Indígenas dos rios Javari, Ituí, Curuçá e Alto Solimões.
1981	Prefeitura Municipal de Boa Vista, RR	Idem anterior.	De 02 abr. a 31 dez. 1981.	-
1981	Prefeitura Municipal de Palmeira dos Índios, AL	Assistência médico-ambulatorial.	Por 1 ano.	Cariri e Xucuru.
1981	Torres e Vilar Ltda.	Assistência médico-hospitalar.	De 01 jan. a 31 dez. 1981.	Ajudância Autônoma de Barra do Garça, MT.

Quadro 4 – Atenção Médico-Sanitária: convênios Funai/outros, 1967-1988 (continuação)

Ano	Conveniada	Dos fins	Período	Abrangência (UF, DR/ Administração Regional, Suer, Etnia)
1981	Casa do Ceará	Assistência médico-odontológica.	De 01 jan. a 31 dez. 1981.	Em Brasília, DF.
1981	Casa de Saúde e Pronto-Socorro Estrela Ltda.	Internações clínicas e cirúrgicas.	De 01 dez. 1981 a 01 abr. 1982.	-
1981	Ceme	Fornecimento de medicamentos.	Indeterminado.	Em nível nacional.
1981	Sesau (Amapá)	Assistência médico-odontológica e hospitalar.	De 09 nov. 1981 a 09 nov. 1982.	População indígena do território federal do Amapá.
1982	Diocese de Barra do Garça (MT)	Assistência médica.	Indeterminado.	-
1982	Cia. Vale do Rio Doce	Assistência médica.	Até 31 dez. 1988.	2ª e 6ª DRs.
1982	Meva	Assistência médico-sanitária.	Indeterminado.	Makuxi, Wai-Wai e Yanomami (10ª DR).
1983	Hospital Santo Antônio	Assistência médico-hospitalar e ambulatorial.	Indeterminado.	Posto Indígena Guarita, RS.
1983	Diocese de Roraima	Assistência médico-hospitalar e sanitária.	Indeterminado.	População indígena de Roraima.
1983	Summer Institute of Linguistics (SIL)	Atividades assistenciais de linguística, educação, saúde e desenvolvimento comunitário.	Indeterminado.	Em 10 unidades regionais.
1983	Ceme	Fornecimento de medicamentos.	Indeterminado.	No território nacional.
1983	Escola Paulista de Medicina	Serviço médico permanente.	Indeterminado.	PQXIN.
1983	PUC-RS (Projeto Rondon)	Programa de saúde.	Indeterminado.	Nos rios Javari e Alto Solimões.
1983	Sesau (Paraná)	Aplicar diretrizes do Programa de Nutrição (PNS) em áreas indígenas.	Indeterminado.	No Paraná.
1984	Sesau (Roraima)	Assistência médica, nutricional, odontológica e imunização.	Indeterminado.	No território federal de Roraima.
1984	LTDO & Cia. Ltda.	Assistência médica, hospitalar, ambulatorial e laboratorial.	Indeterminado.	Parque Indígena do Araguaia.
1984	Maternidade Moura Ltda.	Assistência médica, hospitalar, ambulatorial.	Indeterminado.	Posto Indígena Canuanã (GO).
1984	Hospital Municipal Iguatemi	Assistência médica, hospitalar, ambulatorial e laboratorial.	Indeterminado.	Mato Grosso do Sul.

Quadro 4 – Atenção Médico-Sanitária: convênios Funai/outros, 1967-1988 (continuação)

Ano	Conveniada	Dos fins	Período	Abrangência (UF, DR/ Administração Regional, Suer, Etnia)
1984	Ceme	Fornecimento de medicamentos.	Indeterminado.	Em todo o território nacional.
1984	PUC-RS (Projeto Rondon)	Idem ao de 1983.	Indeterminado.	–
1984	CCPY/MDM/AIM	Assistência médica, paramédica e odontológica.	Indeterminado.	Yanomami.
1984	Hospital Regional Getúlio Vargas de Aragarças (GO)	Assistência médica, hospitalar, ambulatorial e laboratorial.	Indeterminado.	Administração Regional de Barra do Garça (7ª DR).
1984	Hospital e Maternidade Santa Inês Ltda. (Amambai)	Assistência médica, hospitalar e laboratorial.	Indeterminado.	Caiuá/Guarani.
1985	Instituto de Medicina Tropical de Manaus/Fundação Universidade do Amazonas	Treinamento de indígenas e profissionais de saúde, pesquisas etnofarmacológicas e biológicas.	Indeterminado.	No estado do Amazonas.
1985	Santa Casa de Misericórdia de Recife	Prestação de serviços médicos.	Indeterminado.	3ª DR.
1985	Faculdade de Odontologia de Governador Valadares (MG)	Cooperação técnica através de projetos de confecção de próteses removíveis.	Indeterminado.	Administração Regional de Governador Valadares, MG.
1985	Inamps	Atuação conjunta visando a integração gradual e progressiva das ações médico-odontológicas do órgão tutor nas novas diretrizes do setor Saúde do governo federal.	Até 1990.	Em nível nacional.
1986	Sesau (PE)	Saneamento básico.	Por um ano.	Fulniô.
1986	Inamps	Cobertura financeira dos serviços médicos prestados pela Funai às populações indígenas.	Até 31 dez. 1988.	1ª Suer.
1986	CCPY	Serviço médico, paramédico e odontológico.	Por 2 anos (25 jun. 1988).	Yanomami.
1987	Fsesp	Construção de um conjunto de lavanderia, chafariz, banheiro e privada.	Indeterminado	3ª Suer.

Quadro 4 – Atenção Médico-Sanitária: convênios Funai/outros, 1967-1988 (continuação)

Ano	Conveniada	Dos fins	Período	Abrangência (UF, DR/ Administração Regional, Suer, Etnia)
1987	Sesau (MT)	Implementação das Ações Integradas de Saúde em áreas indígenas.	Indeterminado.	-
1987	Inamps	Promover o intercâmbio e a utilização dos conhecimentos e práticas fitoterápicas a fim de serem sistematizadas na aplicação em saúde pública, além de incentivar o uso das terapêuticas tradicionais pelas populações indígenas.	Por 2 anos (1989).	Em nível nacional.
1987	Ministério da Saúde	Instituir o Programa Nacional de Saúde no âmbito das populações indígenas.	Por 1 ano.	Em nível nacional.
1987	Sucam	Prevenção, controle e combate à endemias em áreas indígenas.	Por 5 anos (até 1992).	Em nível nacional.
1987	Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente do Rio de Janeiro	Controle e prevenção de vetores, apoio às ações de saneamento básico e preservação do ecossistema.	Por 1 ano.	Indeterminado.
1987	Universidade Estadual de Londrina	Estudo e controle de verminose e ações de enfermagem.	Indeterminado.	1ª Suer.
1987	Fundação Universidade do Amazonas (FUA)	Pesquisas etnofarmacológicas e paleontológicas.	Por 2 anos (até 1989).	5ª Suer.
1987	Eletronorte	Ressarcimento à comunidade Waimiri-Atroari.	Por 25 anos (até 2012).	5ª Suer.
1987	Escola Paulista de Medicina	Assistência médico-sanitária.	Por 2 anos (até 17 dez. 1989).	PQXIN (6ª Suer).
1987	Fiocruz	Cooperação mútua no campo da saúde.	Por 2 anos (até fev. 1989).	PQXIN (6ª Suer).
1987	Hemoterapia do Estado do Paraná	Fornecimento de componentes de sangue.	Indeterminado.	1ª Suer.
1987	Sesau (MT)	Assistência médica e laboratorial.	Indeterminado.	Indígenas do estado de Mato Grosso.
1987	Hospital Adventista do Pênfigo	Assistência médica e hospitalar aos indígenas portadores de pênfigo e outras dermatoses.	Indeterminado.	Mato Grosso.

Quadro 4 – Atenção Médico-Sanitária: convênios Funai/outros, 1967-1988 (continuação)

Ano	Conveniada	Dos fins	Período	Abrangência (UF, DR/ Administração Regional, SUER, Etnia)
1988	FIOCRUZ	Cooperação mútua visando à preparação de recursos humanos; realização de pesquisas; e desenvolvimento científico e tecnológico.	Por 2 anos (até 1990).	Indeterminado.
1988	Associação francesa Médecins du Monde	Treinamento, capacitação e reciclagem de indígenas em noções básicas de saúde.	Por 1 ano (até 27 jan. 1989)	PQXIN (6ª SUER).
1988	Universidade Estadual de Londrina	Fornecimento de medicamentos produzidos na universidade	Indeterminado.	-
1988	FUNRURAL	Prestação de serviços de saúde.	Indeterminado.	Indígenas de Mato Grosso.

* Consta que entre 1967 e 1971 a FUNAI havia firmado convênios com FSESP, SUCAM, FUNRURAL, Unidade de Atendimento Especial, Divisão Nacional de Tuberculose, Hospital Mato-Grossense do Pênfigo, SESAU Paraná e organizações missionárias.

** Reorienta o convênio assinado em 05 out. 1971.

Tabela 1 – Administrações e convênios da Funai no campo da saúde – 1967-1988

Período administrativo/ Presidente	Nº meses	Ministério da Saúde	Ministério da Previdência e Assistência Social	Ensino/ Pesquisa	Estado	Munic.	Estatais	Empresa partic.	Filantrópica	Missionária	Indigenista	Total
De 12/1967 a 06/1970 José Queirós Campos	30							01				01
De 03/1970 a 03/1974 O. J. Bandeira de Mello	45	01		02	01			01	01	01		07
De 03/1974 a 03/1979 Ismarth Araújo de Oliveira	60	07	04	04	01	01			04	13		34
De 03 a 11/1979 Adhemar R. da Silva	08		01	02						01		04
De 11/1979 a 10/1981 J. C. Nobre da Veiga	23	01		02	02	03		03	04			15
De 10/1981 a 07/1983 Paulo Moreira Leal	21		02	02	02		01	01		03		11
De 07/1983 a 04/1984 Otávio F. Lima	09	01		01	01						01	04
De 05 a 09/1984 Jurandy M. da Fonseca	04	01		01	01	01		04				08
De 09/1984 a 04/1985 Nelson Marabuto	07		01	01					01			03
De 04 a 09/1985 Gerson da Silva Alves	05											-
De 09 a 11/1985 Álvaro Villas Boas	02											-
De 11/1985 a 05/1986 Apoena Meirelles	06		01									01
De 05/1986 a 09/1988 Romero Jucá Filho	28	05	02	04	03		01		02	01	01	19
Total		16	11	19	11	06	02	10	12	19	02	107

Considerações finais

Ao analisarmos a *política indigenista de saúde* do Governo Federal no período de 1967 a 1988, constatamos um baixo desempenho das ações de saúde preventivas, assim como a despreocupação em levar em consideração o grau e as formas de contato dos distintos grupos indígenas assistidos. Os dados levantados indicam ter sido dada pouca atenção às variações no padrão epidemiológico e às representações e práticas presentes nas populações voltadas à manutenção e recuperação da saúde.

Constatamos que ocorreram mudanças na forma de gestão da política de saúde e que estas mudanças estiveram relacionadas e decorreram de fatores no mais das vezes externos ao órgão indigenista. Concebido inicialmente como da alçada do órgão tutor (a Funai), ainda que complementado por convênios com outros órgãos e instituições, o setor saúde indígena como campo de atuação indigenista se vê em fins de 1988 na iminência de escapar do controle formal desse órgão e passar a estar administrativamente subordinado a alguma instância do Ministério da Saúde.[4]

O processo recente de mudança está relacionado a uma nova realidade que se constituiu no meio indígena e indigenista, especialmente nos anos 1980. Falo aqui da participação política indígena; da crise da ideologia indigenista e do indigenismo do tipo rondoniano; e da crise da perspectiva tutelar, decorrente da emergência de um discurso indígena próprio, de um *pensamento político indígena autônomo*.

Sobre se as mudanças administrativas na atenção à saúde indígena (em curso no início dos anos 1990) promoverão melhorias no estado geral da saúde da população, só o tempo poderá nos dar a resposta. O estudo nos fez perceber, no entanto, que não basta ampliar a rede de atenção médica (mais equipes de saúde, ambulatórios, hospitais etc.) para que sejam resolvidos os problemas de saúde. Isso não afeta as causas. Sem uma política de terras específica, que leve em consideração as particularidades e as necessidades das comunidades indígenas, e o respeito a suas representações e formas de organização, a ação médica corre o risco de atuar no âmbito da medicina paliativa. Mais provável, avaliamos, como uma forma de controle e acomodação social e política.

Instamos as leitoras e os leitores deste relatório a que realizem pesquisas sobre este período da política indigenista de saúde do Estado brasileiro, ainda pouco estudado e conhecido.

No plano institucional, seria importante acompanhar a nova sistemática adotada para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas (Decreto n. 23, de 4 fev. 1991). Verificar, por exemplo, os critérios que definem a necessidade da prestação de assistência a determinada etnia ou grupo de etnias; as prioridades estabelecidas quando da elaboração de projetos; os arranjos institucionais (governamentais e não governamentais) constituídos nas várias fases do processo que vai

da detecção da necessidade à estruturação dos serviços e das ações de assistência; como se dá a participação dos indígenas e suas organizações sociais na definição e na avaliação das políticas adotadas.

Outro ponto a ser desenvolvido é o das possíveis ligações entre projetos de saúde específicos e, por exemplo, as estratégias de mudança estrutural do perfil social e econômico de determinada região; os rearranjos nas estratégias de ocupação de determinadas regiões e a necessária preservação dos recursos disponíveis nestas; e a pressão organizada exercida pelos movimentos indígenas e entidades de apoio em diferentes escalas.

Por fim, um terceiro campo de estudo a ser desenvolvido é o do impacto local da instalação de projetos assistenciais à saúde da população indígena. Por exemplo, as mudanças havidas no quadro sanitário da população atingida pelas ações de saúde, tendo a preocupação de verificar e relacionar a variação nos fatores causais do decréscimo na saúde coletiva e possível mortalidade. Chamo atenção para a importância de não se confundir *saúde* com *medicalização*. Também sobre as mudanças havidas no quadro nutricional da população assistida e possíveis efeitos, por exemplo, no perfil demográfico.

Ainda sobre a situação local, creio que estudos sobre o significado dado aos projetos de saúde pelos sujeitos assistidos, suas representações e interesses, é um outro campo importante cuja investigação é preciso desenvolver.

Notas

1 Reprodução do relatório preparado a partir de consulta aos arquivos na Fundação Nacional do Índio, em Brasília, que realizei entre os anos de 1990 e 1992 (ver capítulo de Verdum, nesta coletânea, para uma contextualização do presente texto). Meu propósito era reunir e analisar informações sobre a política e a ação assistencial do Estado brasileiro relacionadas à saúde das populações indígenas no período de 1967 a 1988. A experiência prévia que tive trabalhando como médica com indígenas no Alto Rio Solimões, Alto Rio Negro e na Terra Indígena Yanomami, entre 1983 e 1991, foi de fundamental importância na formação do meu interesse pelo tema, na delimitação do objeto de pesquisa e na análise da documentação a que tivemos acesso.

A investigação contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e foi supervisionada pela antropóloga e amiga dra. Dominique Buchillet, pesquisadora da agência francesa Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer (ORSTOM). Outras duas pessoas tiveram um papel decisivo neste trabalho: a antropóloga Ana Maria Costa, com sua experiência no trato com a política pública voltada para as populações indígenas; e o também antropólogo e professor da Universidade de Brasília Martin Ibáñez-Novión, cujas conversas em sala de aula como aluna especial me fizeram pensar e repensar sobre a ação médica entre populações indígenas. E a Ricardo Verdum, que muito colaborou na realização deste relatório.

[2] Para maiores detalhes sobre o significado do Projeto Calha Norte e algumas avaliações sobre as consequências de sua implantação sobre as populações indígenas habitantes na região por ele atingida, uma vez que não pretendo aqui me estender, sugiro como leituras complementares Albert, 1990; Buchillet, 1990; Lazarin, 1988; Oliveira Filho, 1990a, 1990b; Santilli, 1990; Selau & Verdum, 1989.

[3] O 1º Encontro foi promovido pela Assessoria de Estudos e Pesquisas (Aesp/Funai) e contou com a participação de médicos, pesquisadores, especialistas em diversas áreas de saúde e medicina popular, além de caciques e representantes indígenas de distintas regiões do país.

[4] Em 4 de fevereiro de 1991, por meio de uma série de decretos presidenciais (do número 22 ao 27), é formalizada a desincumbência do órgão tutor do exercício direto de algumas das atividades vistas como facetas da política indigenista. Mais especificamente, houve a publicação do Decreto n. 23, que trata da "prestação de assistência à saúde das populações indígenas". Nele, os serviços e ações de saúde ficam sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FNS), mantendo-se, entretanto, uma articulação a ser definida entre esta e a Funai.

Fontes e Referências

Política indigenista

ARNAUD, E. O Serviço de Proteção aos Índios. Normas e implicações. *In*: SIMÕES, M. F. O Museu Goeldi no ano do sesquicentenário. *Publicações Avulsas, Museu Paraense Emílio Goeldi*, (20): 71-88, 1973.

BRASIL. Ministério do Interior. Fundação Nacional do Índio. Análise Institucional da Funai (Versão preliminar). Brasília, 1976.

BRASIL. Ministério do Interior. Fundação Nacional do Índio. *Relatório Anual de Atividades 1987*. Brasília: Ministério do Interior, Fundação Nacional do Índio, fev. 1988.

CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO (CEDI). *Povos Indígenas no Brasil - 85/86*. São Paulo: Cedi, 1986.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(3): 388-401, 1987.

DALLARI, D. A. O índio, sua capacidade jurídica e suas terras. *In*: COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO (CPI). *A Questão da Emancipação.* Coord. Lux Vidal. São Paulo: Parma, 1979. (Cadernos da Comissão Pró-Índio, 1)

DAVIS, S. H. *Vítimas do Milagre: o desenvolvimento e os índios do Brasil.* Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DAVIS, S. H. & MENGET, P. Povos primitivos e ideologias civilizadas no Brasil. *In*: JUNQUEIRA, C. & CARVALHO, E. A. (Orgs.). *Antropologia e Indigenismo na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1981.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). *Os Índios do Brasil*. Brasília: Funai, 1970.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). *Reformulação da Estrutura Administrativa da Funai: dossiê dos estudos*. Brasília: Funai, 1979a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). *Política Indigenista Básica*. Brasília: Funai, 1979b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). *Normas Provisórias: organização da Funai – administração central e superintendências executivas regionais*. Brasília: Funai, 1986.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). Relação das SUER(s), ADR(s) e PIN(s) com municípios de abrangência. *Boletim do Cedoc*, 1(3): 2-14, 1988a.

OLIVEIRA FILHO, J. P. Terras Indígenas no Brasil: uma tentativa de abordagem sociológica. *América Indígena*, 43(3): 655-682, 1983.

Política de saúde e política indigenista de saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional Proteção à Saúde do Índio. Documento Final*, 26-29 nov. 1986, Brasília.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Saúde do Índio. *Saúde em Debate*, edição especial, jan. 1988. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.+especial%2C+edi%E7%E3o+especial&pesq=&x=51&y=12>. Acesso em: 19 ago. 2019.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada, s. d. (Datilografado).

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). *Encontros de Saúde*. Brasília: Cimi, 1989.

CORDEIRO, H. A. A política de saúde na Nova República: das ações integradas de saúde ao sistema unificado e descentralizado de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 15(1/4): 56-60, 1988.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). A saúde do índio. *Boletim Informativo Funai*, l(l): 35-43, 1971.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). *Diagnóstico de Saúde*. Brasília: Funai, 1981.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). Encontro sobre Saúde Indígena, jan. 1985a, Brasília.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). Memo. n. 006/DAI, do Assessor de Saúde (DAI) ao Diretor da DAI. Brasília, 4 fev. 1985b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). *Simpósio: Alternativas Sobre a Saúde Indígena. Documento Final*, 1985. Rio de Janeiro: Museu do Índio, 1985c.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). *Pessoal Existente no Setor Saúde por SUERs e ADRs*. Brasília: Funai, 1988b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI) & ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. *Encontro Sobre Problemas Indígenas na Área da Saúde*. Brasília: Funai, 1984.

Projeto Calha Norte e populações indígenas

ALBERT, B. S. Développement et sécurité nationale: les Yanomami face au projet Calha Norte. *Ethnies*, (11/12): 116-127, 1990.

BUCHILLET, D. Pari Cachoeira: le laboratoire Tukano du projet Calha Norte. *Ethnies*, (11-12): 128-135, 1990.

LAZARIN, M. A. Yanomami, Proyecto Calha Norte y garimpos: dos facetas de una misma invasión. *Boletín IWGIA*, 8(1/2): 24-44, 1988.

OLIVEIRA FILHO, J. P. Massacre d'Indiens dans le Nord Amazonien: les Tikuna et leur lutte pour la terre. *Ethnies*, (11-12): 136-141, 1990a.

OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). *Projeto Calha Norte: militares, índios e fronteira*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1990b. (Antropologia & Indigenismo, 1)

SANTILLI, M. Projet Calha Norte: politique indigéniste et frontières nordamasoniennes. *Ethnies*, (11-12): 111-115, 1990.

SELAU, M. G. G. & VERDUM, R. Política sanitária e sociedades indígenas: o caso Yanomami. *In*: ENCONTRO DE MEDICINAS TRADICIONAIS E POLÍTICA DE SAÚDE, 27 nov.-1 dez. 1989, Belém.

Anexo 1 – O aparelho e a política indigenista do Estado brasileiro: períodos e presidentes – 1967-1988

Período	Presidente
Dezembro 1967 – junho 1970	José de Queirós Campos (1)
Junho 1970 – março 1974	Oscar Jeronymo Bandeira de Mello (2)
Março 1974 – março 1979	Ismarth Araújo de Oliveira (3)
Março – novembro 1979	Adhemar Ribeiro da Silva (4)
Novembro 1979 – outubro 1981	João Carlos Nobre da Veiga (5)
Outubro 1981 – julho 1983	Paulo Moreira Leal (6)
Julho 1983 – abril 1984	Otávio Ferreira Lima (7)
Maio – setembro 1984	Jurandy Marcos da Fonseca (8)
Setembro 1984 – março 1985	Nelson Marabuto (9)
Abril 1985	Ayrton Carneiro de Almeida (10)
Abril – setembro 1985	Gerson da Silva Alves (11)
Setembro – novembro 1985	Álvaro Villas Boas (12)
Novembro 1985 – maio 1986	Apoena Meirelles (13)
Maio 1986 – setembro 1988	Romero Jucá Filho (14)

Gráfico – Presidente por período – 1967-1988

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
14																				xx	xxxx	xxx
13																			x	xx		
12																			x			
11																			xx			
10																			x			
9																		x	x			
8																		xxx				
7																	xx	x				
6															x	xxxx	xx					
5													x	xxxx	xxx							
4													xxx									
3								xxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	x									
2				xx	xxxx	xxxx	xxxx	x														
1	xxxx	xxxx	xxxx	xx																		

Obs.: Cada ano está subdividido em trimestres, representados pelo símbolo "x".

Anexo 2 – O aparelho e a política indigenista do Estado brasileiro: administrações e fatos relevantes – 1970-1986

Dez 1967 – Jun 1970: José de Queiroz Campos

- Coordenador da implantação do órgão;
- Período de intensa campanha de denúncia de genocídio contra o governo brasileiro (v. Relatório Jader Figueiredo, mar. 68);
- Ampliação da área do Parque do Xingu;
- Criados três outros parques indígenas;
- Criada a Grin (Guarda Rural Indígena);
- Refeito o convênio com o Summer Institute of Linguistics (1969);
- Realizado o 1º Simpósio Funai/Missões Religiosas.

Jun 1970 – Mar 1974: Oscar Jerônimo Bandeira de Mello

- Hegemonia do binômio "segurança e desenvolvimento";
- "Integrar os índios rapidamente" - não obstaculizar a ocupação e colonização da Amazônia (Costa Cavalcanti, ministro do Interior);
- Plano de Integração Nacional (1970);
- Convênios com a Sudam para a pacificação de 30 grupos arredios ao longo da Transamazônica;
- Abertura da BR-080 cortando ao norte o Parque Nacional do Xingu e excluindo parte do território Txukarramãi;
- Promulgado o Estatuto do Índio (Lei 6.001);
- Criada a Divisão de Desenvolvimento Comunitário da Funai;
- Criada a "renda indígena" (noção-chave no projeto de "emancipação econômica" dos grupos indígenas).

Mar 1974 – Mar 1979: Ismarth Araújo de Oliveira

- O ministro do Interior, Rangel Reis, anuncia a "política de integração em ritmo acelerado";
- São incrementados os "projetos de desenvolvimento comunitários";
- Há um aumento substancial nas demarcações de terras;
- Ocorre uma abertura no diálogo com indigenistas, antropólogos e missionários.

Mar – Nov 1979: Adhemar Ribeiro da Silva

- É extinta a Coama;
- São concedidos alvarás de pesquisa mineral na AI Atroari.

Nov 1979 – Out 1981: João Carlos Nobre da Veiga

- 39 indigenistas e antropólogos são demitidos após encaminharem ao ministro do Interior carta com críticas à política da Funai;
- São estabelecidos os "critérios de indianidade" visando regular um processo compulsório de emancipação;
- Reestruturação da Funai, fortalecimento das unidades regionais;
- Em 15 dez. 1980 sai Portaria Interministerial facilitando a exploração mineral em terras indígenas por empresas estatais;
- É negado a Juruna o direito participar do Tribunal Russel, na Holanda;
- Manifestações de indígenas em Brasília (Funai) exigindo a demissão do presidente do órgão e de mais dois coronéis da direção: Ivan Zanoni Hausen (Departamento Geral de Planejamento Comunitário) e José Rodrigues Godinho (Departamento Geral de Operações).

Out 1981 – Jul 1983: Paulo Moreira Leal

- É solicitada ao Minter a contratação de 5 mil novos funcionários;
- É aberta a possibilidade de incorporação de indígenas na administração do órgão;
- São demitidos alguns assessores militares;
- São efetivados convênios com o Projeto Rondon;
- Convênio com a Petrobras.

Jul 1983 – Abr 1984: Otávio Ferreira Lima

- As polícias Militar e Federal são convocadas para dar segurança ao presidente da Funai contra o assédio de lideranças indígenas;
- São demitidos 04 coronéis em cargos de direção;
- Convênio com o Summer Institute of Linguistics.

Maio – Set 1984: Jurandy Marcos da Fonseca

- Indígenas são nomeados para cargos de chefia na Funai: Marcos Terena (chefe de gabinete) e Megaron (direção do Parque Indígena do Xingu);
- Readmitidos alguns antropólogos e indigenistas afastados durante a gestão de Nobre da Veiga;

- O sertanista Álvaro Villas Boas é demitido, manifestações de repúdio em São Paulo e no Paraná;
- Denúncia de corrupção no órgão envolvendo o presidente da Funai.

Set 1984 – Abr 1985: Nelson Marabuto

- Transição do governo Figueiredo para Sarney;
- Agitação no meio indigenista em torno do cargo de presidente da Funai.

18 de abril de 1985: Ayrton Carneiro de Almeida

- Foi sem nunca ser, impedido por indígenas e funcionários.

Abr – Set 1985: Gerson da Silva Alves

- Apoiado pelos Xavantes.

Set – Nov 1985: Álvaro Villas Boas

- Conflitos constantes entre prós e contrários à sua permanência no cargo;
- São demitidos os indigenistas em cargos de confiança contratados na gestão de Jurandy.

Nov 1985 – Maio 1986: Apoena Meirelles

- Desencadeia-se o processo de descentralização do órgão;
- É alterado o Estatuto da Funai, são criadas seis Superintendências Regionais;
- Conflitos entre a presidência da Funai e índios moradores de Brasília;
- Conflitos entre a presidência da Funai e Minter, demite-se.

Maio 1986 – Set 1988: Romero Jucá Filho

- Implantada a descentralização da Funai;
- Inúmeros convênios técnicos e de assistência com outros ministérios são assinados;
- Promulgado um novo regimento interno no órgão;
- Nos cinco primeiros meses de gestão o quadro funcional passou de 3.300 para 4.200.

Fonte de referência: *Povos Indígenas no Brasil* – 85/86 (Cedi, 1986).

Parte II

Trajetórias e Articulações na Formulação do Subsistema

Debates e Embates entre Reforma Sanitária e Indigenismo na Criação do Subsistema de Saúde Indígena e do Modelo de Distritalização[1]

Ana Lúcia de Moura Pontes

No Brasil, a reforma constitucional do final da década de 1980 garantiu a universalidade do direito à saúde (Paim *et al.*, 2011). O chamado movimento da Reforma Sanitária, gestado na década de 1970 a partir da atuação de entidades da sociedade civil, articulando movimentos sociais, profissionais da saúde e academia, foi o impulsionador dessa conquista baseada nas discussões sobre a reformulação do sistema nacional de saúde (Cohn, 1989; Paim *et al.*, 2011; Paim, 2008).[2]

Nesse período, de resistência à ditatura e retomada da democracia, as populações indígenas lutavam pelo reconhecimento de sua existência como sujeitos de direitos e pela demarcação de seus territórios. Quando se instaura o processo constituinte, o emergente movimento indígena de representatividade nacional (ver capítulo de Magalhães nesta coletânea) articula seus aliados para a proposição e aprovação de uma emenda popular acerca dos direitos dos índios (Cunha, 2018). Essa proposição constitucional foi defendida no plenário do Congresso por Ailton Krenak, da União das Nações Indígenas (UNI), respaldado pela presença de aproximadamente quatrocentos indígenas no Congresso Nacional ao longo das votações na Assembleia Nacional Constituinte (Bicalho, 2010).

> *O debate na Constituinte em 86-87 é quando muitos indígenas de diferentes povos conseguem vocalizar a sua visão do Estado brasileiro, da ideia do Brasil. Agora os indígenas começam a botar em questão o direito dos seus territórios históricos serem respeitados e reconhecidos. Nós discutimos durante mais de dois anos aquele princípio que está no artigo 231 da Constituição, aquele primeiro capítulo, onde ele diz o que são, ao mesmo tempo, essas identidades chamadas "povos indígenas" e os lugares onde essa gente habita. Cria uma profunda identidade entre povo e território, que fica indissolúvel. A nossa afirmação como identidade, como povos, e uma reafirmação de direitos nossos, que nós chamamos de direitos históricos.* (Entrevista de Ailton Krenak, 2018)

A Constituição de 1988 inaugurou novos marcos para a relação do Estado com os povos indígenas, baseados em direitos originários, territoriais e socioculturais (artigos 231 e 232), e propiciou as bases para a formulação de uma política de

saúde específica para essa população. Assim, em 1999, com a lei n. 9.836, conhecida como Lei Arouca, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde, o SasiSUS (Coelho & Shankland, 2011; Garnelo, 2014; Langdon, 2010; ver capítulo de Machado e Garnelo, nesta coletânea). No contexto mundial, essa é uma das primeiras experiências de política pública direcionada aos povos indígenas num sistema de saúde universal.

Historicamente, no Brasil os povos indígenas foram marginalizados e invisibilizados nas políticas de saúde (Cardoso *et al.*, 2012). Ademais, a perspectiva de que as populações indígenas iriam inevitavelmente desaparecer ou homogeneizar-se na sociedade nacional (Santos *et al.*, 2019) influenciou esse modelo de ações de saúde pontuais e esporádicas, reduzindo-o ao controle de epidemias e ao tratamento de determinadas enfermidades endêmicas.

Dessa forma, a criação do SasiSUS conforma uma radical mudança de perspectiva na forma como o Estado responde às necessidades de saúde dos povos indígenas, com base no reconhecimento de seu direito à saúde e de sua diversidade sociocultural. O subsistema, organizado a partir de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), atende à população indígena residente em territórios indígenas. Cada DSEI é responsável pela realização de ações de Atenção Primária à Saúde (APS) mediante o trabalho de equipes multidisciplinares de saúde, que envolvem agentes indígenas de saúde, médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e de saúde bucal. O modelo de atenção deve considerar as especificidades linguísticas, socioculturais e geográficas dos territórios indígenas, e as ações de saúde devem se articular com os conhecimentos, práticas e especialistas indígenas de saúde. Cada distrito conta com uma estrutura denominada Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), com 50% de indígenas em sua composição, para acompanhar a formulação e monitoramento das ações de saúde. Com esse subsistema, busca-se responder tanto à necessidade de superar a marginalização dos povos indígenas nas políticas de saúde quanto aos desafios de construir um modelo de atenção que respeite a sua diversidade e suas especificidades socioculturais.

Apresento aqui um recorte da pesquisa Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas (Ensp/Fiocruz), procurando compreender de forma mais profunda o percurso de eventos e discursos, que, no final da década de 1980, levou à estruturação de um subsistema específico para povos indígenas no Sistema Único de Saúde (SUS). Naquele contexto, houve convergência entre o discurso colocado pela Reforma Sanitária e as pautas indigenistas, com destaque para o conceito ampliado de saúde, a democratização e a centralidade do território na sua determinação. Por outro lado, a divergência do movimento indígena com a vertente municipalista da saúde se desdobra na defesa do modelo de distritalização para a organização da saúde indígena, que tinha ampla legitimidade no âmbito da Reforma Sanitária.

A formulação dos discursos sobre a mudança da política de saúde direcionada aos povos indígenas

Desde a década de 1960, ampliaram-se as evidências das consequências dramáticas para comunidades indígenas das estratégias de interiorização do Estado e de projetos de desenvolvimento que resultaram em mortes, epidemias e extermínio de alguns povos (Davies, 1977; Ramos, 1993). Esses episódios levaram lideranças indígenas e organizações sociais que atuavam em defesa dos povos indígenas, como a Comissão para Criação do Parque Yanomami (CCPY), a Comissão Pró-Índio (CPI) e o Conselho Indigenista Missionário (Cimi),[3] entre outros, a estabelecer parcerias com profissionais da saúde, particularmente médicos, instituições de saúde e universidades.

> *Olha, não existia um serviço de atenção à saúde organizado, o que existiam eram esses atendentes de enfermagem, uma caixa de medicamentos, em alguns lugares, algumas coisas que eles usavam, mas não havia vacinação, não havia nada. E a CCPY vinha já desde antes da minha chegada, desde 82, preocupada em fazer um serviço de saúde, principalmente em vacinar todo mundo, que tinha sido uma experiência bem traumática dos fundadores da CCPY com a abertura da Perimetral Norte, na década de 70. Então, obviamente, procurávamos ter um censo e vacinar o maior número de pessoas possível. E, por outro lado, alguns lugares da periferia da terra Yanomami, onde há malária, tuberculose, por causa do garimpo, das frentes de atrações que existiam.* (Entrevista de Marcos Pellegrini, 2018)

Esses profissionais da saúde passam a desenvolver ações em diversos territórios indígenas e a atuar também como um grupo de apoio técnico para subsidiar as proposições sobre saúde e a Reforma Sanitária. Ao mesmo tempo, a Fundação Nacional do Índio (Funai), até então responsável pelas ações de saúde direcionadas aos povos indígenas, elabora convênios com instituições como hospitais, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e universidades para ampliar e fortalecer as ações de saúde em alguns territórios (ver capítulo de Selau nesta coletânea). Em algumas regiões houve muitas articulações para desenvolver ações de saúde em conjunturas de epidemias em povos indígenas, como é o caso do território Yanomami (ver capítulo de Athila nesta coletânea).

Os povos Yanomami, localizados na fronteira entre o estado de Roraima e a Venezuela, foram assolados por epidemias de sarampo na década de 1960, quando da construção da rodovia Transamazônica, e posteriormente, na década de 1980, atingidos por uma epidemia de malária gerada pela invasão garimpeira (Ramos, 1993). Esses dois eventos provocaram respostas de organizações sociais de apoio aos Yanomami, com intensa articulação política entre antropólogos, médicos, agentes de governo, organismos internacionais, na busca de proteção do territó-

rio e da saúde desses povos (ver capítulo de Athila nesta coletânea). A CCPY foi a grande mobilizadora, e utilizou os dados sobre epidemias e relatórios de saúde como argumentos para defender a demarcação do território Yanomami. Essa organização firmou convênios com a Funai, com o apoio de médicos da Escola Paulista de Medicina (EPM), atual Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que desde 1965 tinha parceria com a Funai para desenvolver ações regulares de vacinação e assistência médica no Parque Indígena do Xingu (Baruzzi & Junqueira, 2005).

Ao longo da década de 1980, atores indígenas e indigenistas vinham apontando a fragilidade da Funai na execução das ações de saúde. Essa dificuldade era reconhecida pelo próprio órgão, que entre 1984 e 1985 organizou três eventos, com a participação de diversos atores, para tratar da saúde dos povos indígenas: o Encontro sobre Problemas Indígenas na Área de Saúde, em São Paulo em 1984; o Encontro sobre Saúde Indígena, em 1985 no Rio de Janeiro; e o Simpósio Alternativas sobre Saúde Indígena, também em 1985, em Brasília (Pontes *et al.*, 2019). Esses eventos tiveram a participação de técnicos da Funai, profissionais e representantes de serviços e órgãos ligados ao setor Saúde, organizações não governamentais, acadêmicos e pesquisadores e representantes indígenas.

Nos relatórios desses eventos da Funai é possível observar a crítica ao modelo da assistência à saúde prestada aos indígenas, por sua perspectiva curativista, que estaria levando "os indígenas a adquirir o hábito do consumo indiscriminado de medicamentos em detrimento de sua medicina natural" (Funai, 1985a: 2); pela reduzida preocupação com as questões abrangentes que afetavam a vida dos povos indígenas, pois "a problemática de saúde e da doença do índio não deve se restringir à concepção empirista e mecanicista de doença" (Funai, 1985b: 1); e pela ação da EVS (Equipe Móvel de Saúde) da Funai, que, na maioria das suas administrações regionais, tem tido o seu custo elevado, "com baixíssimo benefício para a promoção da saúde" (Funai, 1985b: 6).

Apesar de neles se afirmar a necessidade de uma avaliação detalhada sobre o "estado de saúde das nações indígenas e da atuação da Divisão de Saúde da Funai" (Funai, 1985a: 2), esses encontros geraram a formulação de proposições para uma nova política de saúde para os povos indígenas (Pontes *et al.*, 2019), que deveria

> ser desenvolvida centrada na participação ativa do grupo tribal na produção de sua saúde; no reconhecimento da eficácia dos processos terapêuticos naturais; na não apenas medicalização do índio; no atendimento a nível primário, secundário e terciário (uma visão sanitária antes que exclusivamente curativa); no estabelecimento de atendimentos prioritários; no recrutamento e na seleção de pessoal médico e paramédico possuidores de conhecimentos na área antropológica e na funcionalização do pronto atendimento emergencial. (Funai, 1985a: 4-5)

O reconhecimento de pressupostos amplos para essa nova política "a partir do conceito abrangente de saúde como um bem-estar físico, social e mental" (Funai, 1985b:1) implica a proteção dos territórios indígenas e a revisão da política e do órgão indigenista no país. Essas formulações ecoavam diretrizes indicadas pela Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) e aquelas da Reforma Sanitária brasileira (Paim, 2008), como a ênfase na atenção primária, a utilização dos recursos locais e maior participação comunitária. Portanto, tanto as questões quanto as soluções propostas no âmbito da temática de saúde indígena, no início da década de 1980, dialogaram diretamente com pontos estratégicos da Reforma Sanitária, o que, me parece, decorreu da circulação dos atores indigenistas nos espaços deste movimento, com compartilhamento de ideias, valores e referenciais teóricos.

Diálogos entre Reforma Sanitária e indigenismo

Nas entrevistas e análises documentais, pude identificar dois elementos de aproximação favorável entre movimento indígena e indigenista e Reforma Sanitária: a existência de atores com dupla militância e a participação indígena na agenda do movimento sanitarista.

O movimento da Reforma Sanitária se gesta na década de 1970, a partir de críticas ao sistema de saúde vigente no país, da preocupação com o cenário epidemiológico de desigualdades e da defesa da universalidade do direito à saúde, da justiça social e da equidade (Cohn, 1989; Escorel, 2015). Se, inicialmente, se situa nos departamentos de medicina preventiva e social das faculdades de medicina, na década de 1980 se fortalece com a atuação de entidades da sociedade civil, particularmente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979, e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976. O Cebes, que agregava academia e profissionais da saúde, foi o responsável pela publicação da revista *Saúde em Debate*, importante espaço das discussões técnico-políticas do período acerca das novas perspectivas para o campo (Cohn, 1989; Escorel, 2015), que viria a consolidar as primeiras proposições sobre saúde indígena (Cebes, 1988).

Diversos profissionais da saúde entrevistados pela pesquisa referiram estar ativamente envolvidos com a Reforma Sanitária brasileira. Ao longo da década de 1980, esse movimento organizou diversos eventos e a implementação de experiências de reorganização de serviços de saúde, que foram fundamentais para a difusão de seu ideário e a formação de profissionais da saúde, lideranças de movimentos sociais e acadêmicos comprometidos com suas pautas.

> *Então, o que a gente começou no Xingu tinha a ver com o ideário do próprio movimento da Reforma Sanitária. Quer dizer, a gente participou ativamente do movimento da Reforma Sanitária, dentro do que a gente conseguia participar. Eu era aluno, depois residente, mas vinha toda aquela discussão acumulada dos sistemas locais, dos distritos sanitários. Da ação com a atenção primária no centro, a centralidade da atenção primária. A participação da comunidade, todas essas ideias que vinham sendo gestadas na América Latina e no Brasil no movimento sanitário; quer dizer, a gente "bebeu" disso tudo, e é isso que a gente tem que pensar aqui.* (Entrevista de Douglas Rodrigues, 2018)

Ao mesmo tempo, as organizações indigenistas buscaram parcerias com instituições de saúde pública, como a Escola Paulista de Medicina e a Fiocruz, para assessoria na execução das ações de saúde e na análise da situação de saúde dos povos indígenas. Assim, um conjunto de atores envolvidos nas discussões sobre a reformulação do sistema nacional de saúde foi convocado a atuar na pauta indigenista e teve papel estratégico na tradução dos interesses e discursos indigenistas para o âmbito da Reforma Sanitária.

> *Então nós começamos esse trabalho no Cimi, fazendo um levantamento das áreas onde o Cimi trabalhava e quais eram as incidências maiores e as necessidades mais gritantes que as comunidades tinham, então, se fez esse levantamento e eu tive ajuda, além de eu já ter tido feito o curso de saúde pública, eu tive ajuda de uma equipe que se formou na Fiocruz, a gente teve muita colaboração desse pessoal, e na parte técnica teve a colaboração do Hospital Pio X [em Ceres, Goiás].* (Entrevista de Ernilda Souza do Nascimento, 2018)

Essa aproximação de profissionais da saúde que atuavam em territórios indígenas com a o movimento sanitarista provavelmente potencializou a participação de indígenas e indigenistas nos seus eventos. O processo de mobilização social da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) foi fundamental para essa aproximação, pois seus preparativos envolveram a articulação com os movimentos populares, sociais, sindicais.

A 8ª CNS ocorreu em março de 1986 e teve Sergio Arouca como um dos grandes articuladores e presidente. Escorel (2015) destaca que a 8ª CNS era vista como uma pré-Constituinte da saúde, visto que em 1985 havia já sido criada a comissão para elaborar o anteprojeto constitucional, que iniciaria seus trabalhos em 1987. De forma que o relatório final da 8ª CNS representa significantemente o conteúdo aprovado no capítulo da Saúde na nova Constituição, de 1988. É na 8ª CNS que nossos entrevistados situam a articulação de indígenas e não indígenas para a organização de um evento específico voltado para a reformulação da política de saúde indígena. Essa proposta se concretiza com a realização, em novembro de

1986, da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1ª CNPSI), que contou com participação de lideranças indígenas e da UNI.

> *em 86, na 8ª Conferência Nacional [de Saúde], já houve uma participação das lideranças indígenas em Brasília, eles questionavam a situação de saúde das populações indígenas no Brasil, eles queriam que também a gente pudesse discutir, fazer uma reunião pra discutir a situação, avaliar a situação da saúde da população indígena.* (Entrevista de Zezinho Kaxarari, 2019)

A 1ª CNSPI foi organizada como um evento temático da 8ª CNS, de modo que Sergio Arouca participou da sua mesa de abertura. A 1ª CNSPI é considerada o marco fundador da construção do SasiSUS e de suas diretrizes. A partir desse momento, a saúde indígena vai se articular e se desdobrar nos eventos e propostas voltados para a criação do SUS. Considero que essa articulação foi bem-sucedida, pois movimentos indigenista e sanitarista compartilhavam reflexões comuns.

Paim (2008) ressalta que a Reforma Sanitária tinha como pressupostos: 1) conceito ampliado de saúde; 2) articulação entre assistência, prevenção, proteção e recuperação; 3) saúde como direito de todos e dever do Estado; 4) acesso universal e igualitário; 5) implementação do SUS com comando único em cada esfera de governo; 6) regionalização e hierarquização da rede de serviços; 7) distritalização; 8) gestão colegiada.

Como movimento de natureza política, a Reforma Sanitária visava a um processo amplo de recuperação da cidadania após duas décadas de um regime ditatorial.[4] A ideia de democratização da saúde estava baseada no ideal de que as reformas da saúde estivessem subordinadas às conquistas mais amplas da sociedade, como a mudança das relações entre Estado e sociedade, com maior participação social nas políticas públicas e a superação do clientelismo (Paim, 2008). Nesse sentido, considero haver aproximação entre ideais dos movimentos sanitarista, indígena e indigenista. Se, conforme Escorel (2015) destaca, a 8ª CNS era vista como uma pré-Constituinte da saúde, os atores indígenas e indigenistas entendiam que a nova política de saúde implicava uma nova relação do Estado com os povos indígenas, que deveria ser inscrita na nova Constituição. Em seu discurso na mesa de abertura da 1ª CNPSI, Sergio Arouca expressa esse entendimento:

> A questão da cidadania envolve o respeito à história e à cultura de cada grupo dentro da nossa sociedade (...). Assim, cada um dos temas da 8ª Conferência define tarefas maiores que a simples reorganização do sistema de saúde (...) encarando de uma forma séria, digna e respeitosa questões como a do índio, porque na democracia que queremos é fundamental tratar de questões como a dos índios, com toda a dimensão social, técnica e científica. (Arouca, 1986a: 2)

Nos documentos apresentados pelo Cimi e pela UNI (ver os capítulos de Welper e de Magalhães nesta coletânea) para subsidiar as discussões da 1ª CNPSI, observamos claramente esse posicionamento: "O reconhecimento do caráter pluriétnico do Estado brasileiro, na próxima Constituinte, é a garantia de continuidade de existência dos 180 povos e do direito de decidir sobre o seu próprio destino" (UNI, 1988: 8) e "Efetivamente não haverá Estado democrático algum no Brasil sem a garantia do reconhecimento da plurietnicidade do país e encontrados integralmente os direitos indígenas" (Cimi, 1988: 11).

O relatório final da 1ª CNPSI marca em seus preâmbulos a intenção de que "a cidadania plena, assegurando todos os direitos constitucionais, seja reconhecida como determinante do estado de saúde" (Brasil, 1986a: 1). Dessa forma, também na pauta indígena se articulava a ideia de democratização da saúde. Essa formulação se desdobra na reivindicação da participação ampla da sociedade nas definições das políticas de saúde. A Reforma Sanitária se articulou com os movimentos populares, sociais e sindicais, que se envolveram em encontros estaduais e participaram ativamente da etapa nacional da 8ª CNS. Essa perspectiva era compartilhada pelos movimentos indígena e indigenista, cuja pauta incluía a superação da tutela dos povos indígenas pelo Estado, que os considerava incapazes para o exercício da cidadania.

Dessa forma, as proposições da UNI e do Cimi para a 1ª CNPSI afirmam a necessidade de garantir a participação indígena na formulação, execução e avaliação das ações de saúde, diretriz que vai constar no relatório final da conferência (Brasil, 1986a). Segundo Ailton Krenak, nos preparativos para a organização da 1ª CNSPI a ampla participação indígena foi negociada com o Ministério da Saúde:

> Quando nós fomos consultados pelo Ministério da Saúde, com a iniciativa de realizar essa conferência sobre saúde indígena, a primeira questão que nós apontamos é que não era possível discutir e montar um programa ou definir diretrizes, mesmo que gerais, para a questão da saúde, alheio ao que estava ocorrendo no cotidiano das aldeias. Era necessário viabilizar uma participação indígena na conferência. (Krenak, 1986)

Outro pilar da Reforma Sanitária é a reconfiguração do campo de conhecimento da saúde, de modo a ressaltar: 1) os determinantes sociais da saúde; 2) a retomada das dimensões econômicas, políticas e sociais das práticas de saúde; e 3) a rearticulação das dimensões assistencial e de saúde pública. Essas formulações resultaram em um novo campo de conhecimento, denominado saúde coletiva (Cohn, 1989), que dialogava com pensadores latino-americanos (Escorel, 2015).

Diversos autores contribuíram para a conformação do conceito ampliado de saúde, como Vaitsman (1992: 171), para quem esta "é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana,

da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente". Essa é uma abertura importante para a inclusão das especificidades indígenas nesse âmbito, pois "a saúde indígena das nações indígenas (*sic*) é determinada num espaço e tempo histórico e na particularidade do seu contato com a sociedade nacional, pela forma de ocupação do seu território e adjacências" (Brasil, 1986a: 1).

É interessante observar que sanitaristas que, como Sergio Arouca, não tinham uma trajetória de atuação entre povos indígenas foram capazes de reconhecer que "saúde é terra" para essas populações (Arouca, 1986a, 1986b). Além de diretrizes organizacionais da atenção à saúde dos povos indígenas, o relatório da 1ª CNPSI afirma que a saúde indígena implica a "autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas" de suas terras (Brasil, 1986a: 1).

> *A saúde não é só dar medicamento ou trazer pra Rio Branco quando está doente, assim estamos trabalhando a doença, não trabalhando a saúde. A saúde é um bem-estar, é terra demarcada, é viver bem, é não ter invasão nas nossas terras, um monte de coisa que está sendo aperfeiçoada.* (Entrevista de Chico Apurinã, 2019)

Outras particularidades da saúde para os povos indígenas são destacadas no relatório da 1ª CNPSI, como a influência do histórico de contato de cada povo com a sociedade nacional e a importância do "respeito e reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde" (Brasil, 1986a: 2). Todas essas especificidades justificaram a proposta de formulação de um subsistema integrado ao SUS.

> *Eu tive a compreensão de que aquele esboço não podia simplesmente capturar a nossa ideia do que era cuidado. A ideia do cuidado como saúde. Que ele não podia ser capturado por aquele desenho do Sistema Único de Saúde universal. Que ele tinha que ter um subsistema.* (Entrevista de Ailton Krenak, 2018)

> *Até 88 a gente já tinha uma experiência de trabalho das comunidades indígenas em que o sistema público nunca iria atender à real necessidade das populações indígenas; teria que ter algum mecanismo, alguma coisa própria, um sistema próprio que pudesse atender a nossa população, primeiro pela localização das comunidades indígenas de difícil acesso, distante da área urbana, então tinha toda uma situação geográfica que não tinha condições de setor público atender a nossa comunidade. Primeiro que tinha que levar em conta nossos direitos específicos, nos atender como nós somos. Então a partir de 88 houve essa manifestação da liderança em assembleias e em eventos, de que o governo tinha que dar atenção para a gente conforme a nossa necessidade.* (Entrevista de Zezinho Kaxarari, 2019)

Reorganização do modelo de atenção e a distritalização: embates com a proposta de municipalização do SUS

Atualmente, a organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem como base a existência de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Em que pesem os questionamentos, nas últimas conferências nacionais de Saúde Indígena, acerca da sua organização e delimitação (Brasil, 2007, 2015) ou das pesquisas que demonstram as limitações na sua capacidade de atender às necessidades de saúde das populações indígenas (Cardoso, 2015; Garnelo, 2014), há um consenso no movimento indígena sobre a defesa desse modelo para a organização do SasiSUS. A implantação de distritos sanitários em territórios indígenas se iniciou, em 1991, com o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), antes da regulamentação desse subsistema, em 1999 (ver capítulo de Athila nesta coletânea). Vejamos como a proposta de distritalização, como alternativa à municipalização para a saúde indígena, se consolida no âmbito da Reforma Sanitária.

O movimento da Reforma Sanitária visava à universalização da saúde, e para isso desenvolveu ao longo da década de 1980 estratégias para a ampliação do acesso e interiorização das ações de saúde. Essas estratégias levaram ao desenvolvimento de experiências práticas que foram fundamentais para a formação de lideranças dos movimentos sociais, profissionais da saúde e acadêmicos envolvidos com a Reforma Sanitária (Escorel, 2015, 1999; Paim, 2008). A proposta de implementação de distritos sanitários surge nas proposições da APS no contexto internacional, principalmente da estratégia denominada Sistemas Locais de Saúde (Silos), difundida pela Organização Pan-Americana da Saúde, a Opas (Mendes, 1999a). Assim, a distritalização, no final da década 1980, tinha grande legitimidade no âmbito da Reforma Sanitária, que foi fundamental para sua adoção como base da organização do subsistema de saúde indígena, mas também como contraproposta à municipalização.

A temática da reorganização dos serviços de saúde se desenvolveu ao longo do século XX impulsionada por diversos desafios, dentre os quais destaco a pressão social crescente por resposta dos Estados nacionais às necessidades de saúde da população e à denominada "crise da medicina científica" como modelo hegemônico (Silva Jr., 2006). Na década de 1960, na busca por respostas para esse contexto, a Opas organiza reuniões em que se recomenda que se organizem sistemas nacionais de saúde (OPS, 1992). Na década de 1970, começa a se fortalecer no cenário internacional a proposta de sistemas descentralizados de serviços em níveis de atenção, produto das ideias formuladas pela medicina preventiva e pelo resgate do chamado Relatório Dawnson (Fausto & Matta, 2007). Na busca por intervir antes do aparecimento das doenças ou de maneira precoce, a medicina preventiva subsidia a

ideia de um nível primário de atenção e a de que os serviços devem estar próximos do cotidiano das pessoas (Fausto & Matta, 2007).

O fortalecimento da APS ocorre a partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978. Destacamos na sua formulação a centralidade do território local, caracterizado como "lugares onde pessoas vivem e trabalham", para priorização dos problemas e das ações de saúde, as quais deveriam ser desenvolvidas com participação comunitária (OMS, 1978: 3-4). A APS se torna a estratégia prioritária para ampliação do acesso e reorganização dos serviços nacionais de saúde difundida pela OMS, mas é permeada pela tensão entre um enfoque integral e outro seletivo de suas ações (Fausto & Matta, 2007).

Na América Latina, durante a década de 1980 enormes grupos populacionais ainda continuavam sem acesso a serviços de saúde, e o quadro epidemiológico se agravava num contexto de crise econômica (OPS, 1992). Nesse momento, a estratégia Silos é apresentada na 22ª Conferência Sanitária Pan-Americana de 1986 e ratificada pela resolução XV da 33ª reunião do Conselho Diretivo da Opas em 1988 (Silva Jr., 2006). Os Silos são apresentados como estratégia para reorganização dos sistemas nacionais de Saúde, para atingir a meta Saúde para Todos no Ano 2000. Na sua definição, destaca-se também a ênfase na dimensão territorial, que é tanto organizativa, como unidade da estrutura do serviço, quanto política, por propor desconcentração do poder decisório na saúde:

> ... um Sistema Local de Saúde deve contemplar a estrutura político-administrativa de um país, definir-se em um espaço populacional determinado, ter em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existentes neste espaço, responder aos processos de descentralização do Estado e do setor de saúde, às necessidades da população e à estrutura da rede de Serviços de Saúde e organizar-se para facilitar a condução integral de ações. (OPS, 1990 *apud* Silva Jr., 2006: 62).

A proposta dos Silos dialoga diretamente com o contexto do final do período ditatorial de vários países na América Latina, no qual as mudanças políticas nacionais ressoavam nas discussões sobre as políticas de saúde, evocando maior participação social e a desconcentração do poder do nível central para as instâncias municipais: "o desenvolvimento dos Silos deve constituir-se como uma resposta do setor saúde aos processos de redemocratização e descentralização de cada Estado" (OPS, 1989: 69, tradução minha).

A partir de 1987, a Opas organiza reuniões, oficinas e grupos de trabalho para desenvolver os aspectos teóricos e metodológicos dos Silos em toda a América Latina. Nas suas "Orientações estratégicas e prioridades programáticas para a Organização Pan-Americana da Saúde para o quadriênio 1991-1994", afirma como meio fundamental para a reorganização do setor Saúde o fortalecimento e

desenvolvimento dos Silos (OPS, 1990). É importante registrar que em 1993 a Opas propõe a estratégia Silos como modelo para a atenção à saúde das populações indígenas (OPS, 1993).

No Brasil, a proposta dos Silos é catalisada pela representação da Opas no país, por meio de seu Programa de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. O representante da Opas no Brasil, Eugênio Vilaça Mendes, é o responsável pela reelaboração da proposta dos Silos em distritos sanitários, que já vinha se desenvolvendo no âmbito da Reforma Sanitária brasileira (Silva Jr., 2006). Mendes (1999a) relata que, a partir de 1988, a representação da Opas no Brasil promove a implantação dos distritos sanitários no país. Inicialmente, entre 1988 e 1989, sua ação se concentrou na "difusão da ideia de distritos sanitários", por meio de eventos e publicações, e, a partir do final de 1989, a Opas financiou projetos de secretarias estaduais e municipais de Saúde para a implantação desses distritos, que avançou de forma mais significativa na Bahia e em São Paulo (Mendes, 1999a). Dessa forma, no final da década de 1980 essa estratégia estava nacionalmente propagada como forma de proceder à reorganização das práticas de saúde no nível local (Mendes, 1999a).

Nesse mesmo período, se consolida na Reforma Sanitária a importância da descentralização na execução das ações de saúde como estratégia para o novo sistema nacional de saúde. O relatório da 8ª CNS preconiza: "descentralização na gestão dos serviços", "regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços", "participação da população" e "fortalecimento do papel do município" (Brasil, 1986b).

Depois dessa conferência, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária apresenta o "distrito sanitário como unidade operacional básica do Sistema Nacional de Saúde" (CNRS, 1987: 18). A noção de distrito sanitário é considerada estratégica, pois articula os conceitos de regionalização, hierarquização e universalidade com uma "definição clara de responsabilidade de uma autoridade sanitária quanto à administração da 'questão da saúde' em relação a determinada população, localizada em uma certa área geográfica" (CNRS, 1987: 18). Quando é aprovada a lei n. 8.080/90, que cria o Sistema Único de Saúde, estabelece-se que os municípios poderão se organizar em "distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde". Ou seja, a distritalização passa a ser uma proposta com legitimidade jurídica no âmbito do SUS.

Entretanto, ao longo das décadas seguintes, os distritos sanitários não se consolidam no SUS, mas a noção de responsabilidade sanitária pela população de determinado território vai permanecer, e se fortalece a proposta de municipalização da execução das ações de saúde. Segundo Mendes, a descentralização é um fato político de distribuição de poder decisório e, na saúde, os discursos em torno dela convergiram para o processo de municipalização: "é no espaço social, definido pelo

município, que a autoridade sanitária tem endereço certo e sabido e onde adquire rosto visível e acessível aos cidadãos" (Mendes, 1999b: 115). Dessa forma, em 1992 a municipalização se torna o lema da 9ª Conferência Nacional de Saúde, "Municipalização é o caminho", e uma das principais bandeiras da implantação do SUS.

Na construção teórico-metodológica da distritalização se destaca o conceito de território. Para Mendes (1999b), no que diz respeito aos distritos sanitários, território é algo que vai "além de um território-solo; é, também, território econômico, político, cultural e sanitário", e um território-processo, um "espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política" (Mendes *et al.*, 1999: 166). Dessa forma, a ideia de distritalização ressoa num conceito que é também chave da luta indígena, o território (UNI, 1988; Cimi, 1988).

Após a 8ª CNS e a CNPSI, iniciam-se as proposições sobre as alternativas para a saúde indígena no processo de implementação do SUS. Em maio de 1989, ocorre na Câmara dos Deputados o 4º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Previdência e Assistência Social, tendo como um dos seus tópicos a inclusão dos indígenas na Lei Orgânica do SUS (Brasil, 1989). Nesse evento, segundo Varga (1992), o grupo de trabalho em saúde indígena propôs a "distritalização diferenciada", utilizando a ideia, afirmada na Constituição, de "territórios tradicionalmente ocupados", e não subordinados aos limites interestaduais ou intermunicipais. O distrito é entendido como novo modelo de atenção à saúde para as populações indígenas, que contemplaria "o tratamento diferenciado para cada um desses territórios e sua respectiva problemática" (Varga, 1992: 136).

A proposta de distritalização para a saúde indígena é assim enunciada por Ulisses Confalonieri, então pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública:

> Distritalização diferenciada: dar-se-ia através da criação de áreas especiais de saúde (Distritos Sanitários) que englobem apenas comunidades indígenas, segundo critérios geográficos, demográficos e culturais a serem especificados. O que confere um caráter especial a estas áreas (...) é a necessidade de se organizarem os sistemas locais de saúde. (Confalonieri, 1989: 445)

Segundo esse autor, a distritalização tinha como vantagens: 1) visibilizar as relações entre a situação de saúde dos povos indígenas, a ocupação dos territórios e as relações de contato com a sociedade envolvente; 2) permitir maior flexibilização para a articulação com o restante da rede SUS; 3) implicar maior possibilidade de manutenção dos sistemas de crença, valores e cura dos povos indígenas; 4) garantir melhor a autonomia, a continuidade das ações e a redução de custos mediante a incorporação de trabalhadores na própria comunidade; 5) as bem-sucedidas experiências em áreas indígenas no Canadá e nos Estados Unidos da América (Confalonieri, 1989). Diferentes atores do período destacam que esse

artigo de Ulisses Confalonieri, participante ativo dos fóruns de discussão e das ações de saúde indígena no período (Entrevista de Confalonieri, 2018), sintetizava as ideias em debate naquele momento.

Logo após a Constituinte, há uma tentativa de avançar na reformulação da política indigenista em vigor no país mediante a revisão do Estatuto das Sociedades Indígenas, com o projeto de lei n. 2.057 de 1991,[5] articulado pelo Cimi. Esse projeto inclui um capítulo específico sobre saúde no qual se propõe que "é assegurada às sociedades indígenas a assistência integral à saúde", cabendo à Fundação Nacional de Saúde (FNS, hoje Funasa) implantar os "Distritos Especiais e Autônomos de Saúde" (Brasil, 1991: 15-16).

Em 1989 passa-se a incorporar, em diferentes instâncias, a distritalização como proposta para a reorganização em saúde indígena. O que permite supor que quando estoura, em 1991, a crise sanitária do povo Yanomami em Roraima,[6] o governo se vale da proposta consensual do momento e cria o Distrito Sanitário Yanomami (ver capítulo de Athila nesta coletânea). A distritalização tinha legitimidade tanto no âmbito da Reforma Sanitária brasileira quanto no movimento indígena e indigenista, e a criação desse primeiro distrito foi fundamental para que a proposta ganhasse mais apoio e gerasse demanda pela criação de distritos para outros povos indígenas.

> *Na verdade, a formulação da política foi meio paralelamente à implantação dos distritos. Ninguém ficou esperando ter a política para sair por aí fazendo distrito, foi um negócio "temos que dar uma resposta emergencial". "O que é que temos? Temos o distrito. O que é o distrito?". Vamos fazendo, vamos fazendo essas reuniões. Então foi meio que... a implantação do distrito e a política caminharam juntas.* (Entrevista de Marcos Pellegrini, 2018)

Assim, a Coordenação de Saúde do Índio da Fundação Nacional de Saúde (Cosai/FNS), criada em 1991, assume a coordenação das ações no Distrito Sanitário Yanomami (DSY), em parceria com outras instituições. O DSY funciona por vários meses até ser oficializado e desencadeia, em outras regiões, a formulação de propostas de planos distritais.

Por outro lado, a distritalização foi também fundamental como contraproposta do movimento indígena à diretriz da municipalização no SUS. Historicamente, o movimento indígena e seus apoiadores defendem que as políticas indigenistas devem ser de gestão federal, visto que os conflitos de interesse ocorrem mais amplamente no nível loco-regional (Cunha, 2018). Dessa forma, quando a municipalização ganha força na 9ª CNS, lideranças indígenas se articulam para defender a distritalização como modelo de organização da saúde indígena no SUS:

> *Porque o lema na 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992 (que determinou a realização de várias conferências com temas específicos, entre elas a de saúde indígena, portanto da 2ª CNSI), foi "A municipalização é o caminho", a descentralização do SUS [Sistema Único de Saúde]. O grande movimento municipalista era quente, na época. E para os índios, existia a certeza que a municipalização não era o caminho, eles até fizeram uma grande faixa dizendo "Municipalização não é o caminho para a saúde indígena". Foi muito forte isso.* (Entrevista de Alba Figueroa, 2018)

> *... eu acho que a questão do distrito, a ideia de distrito como um território de saúde, se encaixou e colou bem porque os territórios indígenas não coincidiam com a divisão político-administrativa do país. E o movimento municipalista forçando o SUS para o município, os índios não querendo o município, então a saída é distrito, um distrito pode ser um pedaço do município, pode ser um pedaço de um monte de município, e assim por diante, e aquilo colou.* (Entrevista de Douglas Rodrigues e Sofia Mendonça, 2018)

Dessa forma, um grupo de lideranças indígenas e indigenistas presentes na 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), inclui em seu relatório final, como proposta:

> É necessário garantir no SUS atenção integral à saúde dos povos indígenas de forma diferenciada, em função das especificidades étnico-culturais e da situação [sanitária], com garantia de seus sistemas tradicionais de saúde, por meio da criação de *distritos sanitários especiais indígenas*, diretamente ligados ao Ministério da Saúde e administrados por Conselhos Indígenas de Saúde. (Brasil, 1993a: 28, destaque meu)

Nesse evento, o movimento indígena e indigenista obtém apoio para a convocação da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, que foi realizada em Luziânia, GO, entre 25 e 27 de outubro de 1993. É na 2ª Conferência que o modelo distrital se consolida. Em todas as etapas regionais preparatórias dessa conferência se aprova a implantação dos distritos, o que indicava forte apoio nacional à ideia. No relatório dessa conferência, o novo modelo é assim apresentado:

> O modelo assistencial para atenção à saúde indígena tem como base o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Os DSEI serão formados com base em projeto elaborado junto com as comunidades, sob a supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI),[7] e com consultores técnicos, se necessário, definirão as atribuições de cada entidade envolvida. (Brasil, 1993b: 3)

O processo de distritalização na saúde indígena, mesmo sem uma regulamentação nacional, se amplia com a implantação de outros distritos, como o Distrito Leste Roraima, em 1994 (ver capítulo de Barroso nesta coletânea). A leitura

de diferentes planos distritais e relatórios de atividades então elaborados mostra que a distritalização é um discurso em ação e que havia, nesse período, diferentes perspectivas conformadas pela relação com os serviços de saúde, pela história de contato do povo e pelas caraterísticas socioculturais dos grupos de cada região.

Nos documentos institucionais da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde da década de 1990, observa-se a incorporação do discurso pró-distritalização. Entretanto, a Funai ainda se mantém na disputa pela responsabilidade das ações de saúde dos povos indígenas, com o decreto n. 1.141/1994. Assim, em 1994 a Funai propõe na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) o "modelo de atenção integral à saúde do índio", cuja operacionalização é, sem qualquer menção aos distritos, assim delineada: "*as áreas indígenas serão agrupadas por regiões* de acordo com critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e operacionais de forma a se definir áreas de abrangência dos programas de saúde (Piasi)" (Funai, 1994: 10, destaque meu), ligadas às administrações regionais da Funai. Essa proposta é discutida e revisada pela Cisi, mas sua implementação não avança. Essa disputa jurídica entre Funai e Funasa permaneceu até 1999, dividindo o movimento indígena, e se resolveu com a promulgação da Lei Arouca (ver capítulo de Machado e Garnelo nesta coletânea).

Apesar desse impasse, a Funasa organiza, em 1998, a Oficina Distritos Sanitários Especiais Indígenas – D.S.E.I.s: gestão, gerência e modelos organizacionais, que segundo Alba Figueroa (Entrevista, 2018) teve um impacto muito importante para o encaminhando da política.

> O Workshop (...) reafirma, em linhas gerais, as propostas da II Conferência de ações governamentais, garantindo às sociedades indígenas assistência à saúde com programas diferenciados. Em janeiro de 1999 a FUNASA inicia a realização de uma série de reuniões e debates procurando aprofundar a discussão do modelo assistencial baseado em distritos especiais, e, em 05/02/99, através da Portaria n. 110, cria os Distritos Sanitários Yanomami e Leste de Roraima. (Figueroa, s. d.: 4)

O decreto n. 3.156, de agosto de 1999, altera o decreto n. 1.141, estabelecendo a responsabilidade da União com a saúde indígena e sua organização a partir dos DSEIs. E em 23 de setembro de 1999, a lei n. 9.836 (Lei Arouca) acrescenta na lei n. 8.080 o capítulo V do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, reafirmando a estrutura desses distritos sanitários.

Mas, antes desse momento, a Funasa já havia iniciado discussão acerca da delimitação dos distritos, com consultoria de Marcio Santilli, do Instituto Socioambiental (ISA), instituição com trajetória de produção de informações sobre os povos e territórios indígenas, para subsídio dos processos demarcatórios. A princípio, conforme as indicações da 2ª CNPSI, a estruturação dos distritos deveria se dar

pelos Nisis, que envolveriam os indígenas e outras instituições governamentais e não governamentais por região.

> *A 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, que eu acabei coordenando, definiu uma metodologia, a criação dos núcleos [Nisis]. Nos estados que não tivessem ainda os distritos definidos, se criavam núcleos. Esses núcleos fariam uma negociação pública, ampla, para definir os distritos. Não era em uma oficina em Brasília.* (Entrevista de István Varga, 2018)

Entretanto, quando a Funasa avança no processo de estruturação da implantação dos DSEIs, essa perspectiva metodológica é abandonada. O processo de delimitação dos territórios dos 34 distritos envolveu equipe da Funasa, gestores e lideranças indígenas, mas o mapa inicial foi feito por Márcio Santilli, que assim descreveu o processo:

> *E eu lembro que eu fiz o primeiro distrito, a primeira divisão de distritos, que ia numa rota muito distinta da cultura institucional do Ministério, da Funasa na época, aquela coisa de plano nacional, estados, uma coisa assim, com burocracia federativa, federalizado, de três andares. A gente estava propondo uma organização de dois andares, que eram os distritos ligados direto na direção da Funasa (...). Portanto, não podiam ser muitos, eu lembro que a gente ficou com esse número de 30, porque dá pra administrar numa relação direta, se for 50, já complicou. E aí você parte para cima do mapa procurando conciliar relações acumuladas, ou afinidades culturais entre povos, e a logística. E fazer um desenho em cima disso. E assim foi feito um primeiro desenho que era na mão, uma caneta Bic com uma régua, o mapa do Brasil e um mapa de terras indígenas. E esse primeiro desenho, depois, sofreu várias modificações.* (Entrevista de Marcio Santilli, 2018)

Observa-se que a definição da estrutura dos distritos é permeada por questões relativas ao modelo de federalismo brasileiro e da política indigenista. O número final de distritos passou por negociação e mudanças. No documento "Diretrizes para a elaboração do planejamento estratégico para a política de saúde indígena", de janeiro de 1999, há registro de "aproximadamente 30 territórios distritais" (Figura 1), cujos

> territórios estão sendo definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. A definição destas áreas está se pautando não apenas em critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitando a cultura, relações políticas e distribuição demográfica. (Funasa, 1999: 5)

Figura 1 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas propostos pela Funasa em janeiro de 1999

Fonte: Funasa, 1999.

Em fevereiro de 2000, o documento *Informe de Saúde Indígena* da Funasa já apresenta os 34 DSEIs que vigoraram até aquele momento. O que permite estabelecer que houve um período de um ano de negociação para a delimitação dos distritos. Há evidências de que houve reuniões com diversos atores e com lideranças indígenas para a delimitação dos distritos. Ubiratan Moreira, gestor do Departamento de Saúde Indígena (Desai/Funasa), responsável pela implantação dos distritos, relata que durante "1998 realizamos 15 encontros regionais, com a presença marcante de lideranças indígenas. Esses eventos reuniram quase 3 mil pessoas". Ubiratan relata a negociação com os Xavante:

> Em uma discussão recente, por exemplo, passamos quatro dias em Barra do Garças, conversando com 110 caciques Xavante, e alguns deles disseram: "Queremos o distrito sanitário em Sangradouro". Eu respondi: "Não, não estamos aqui para dividir os Xavante, não vamos fazer uma parte do distrito em Sangradouro, como uma cunha dentro do povo Xavante, para conseguir colocar em prática a nossa proposta. Vamos ter de discutir: o distrito é Xavante, é um povo só e será um distrito só, não há razão para que sejam dois ou três". (...) Discutimos com os Xavante até que eles começaram a entender: "Tudo bem, vocês vêm para cá e começam a montar o programa. Se funcionar, discutiremos a possibilidade de implantar o distrito". (Moreira, 2002: 104)

Existem evidências de que houve conflitos na delimitação dos distritos em várias regiões do país. Por exemplo, no documento "Distrito Sanitário dos povos indígenas de São Paulo e Rio de Janeiro" (1993), os autores defendem a criação deste distrito englobando todas as aldeias e etnias dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, proposta substituída pela criação do Distrito Litoral Sul, que abrange Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Na região Nordeste, a proposta inicial envolvia um único distrito que envolvesse os territórios indígenas de Pernambuco, Alagoas e Sergipe, mas resultou em dois, o DSEI Pernambuco e o DSEI Alagoas e Sergipe.

A Lei Arouca consolida legalmente a estrutura dos DSEIs, mas não detalha seu modelo de atenção. Isso será desenvolvido posteriormente, com a criação de um grupo de trabalho para formular a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi). É nesse documento, aprovado em 2002, que o modelo de atenção dos distritos vai ser detalhado, e definido como

> um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. (Funasa, 2002: 13)

A Pnaspi revisa o histórico da organização das ações de saúde junto aos povos indígenas e incorpora diversas questões, aqui retomadas, dos debates que antecederam a formulação da Lei Arouca, tanto as críticas ao modelo de atenção implementado pela Funai quanto as proposições voltadas para a APS. Entretanto, na sua narrativa sobre o processo de construção do modelo, dá pouco destaque à luta e influência tanto do movimento indígena quanto da Reforma Sanitária.

Convergências e conquistas

As bases progressistas da política de saúde indígena no Brasil provêm de sua intrínseca articulação com os movimentos de resistência à ditadura, imbuídos de princípios como justiça social e democracia. Apesar de os atores do movimento sanitarista, em âmbito nacional, não compreenderem as questões específicas das lutas dos povos indígenas, os pressupostos de igualdade social e de reconhecimento da diversidade social no país abriram espaço para apoio à causa dessas minorias. Atores indígenas e indigenistas transitaram nos espaços da Reforma Sanitária produzindo uma tradução das preocupações específicas dos povos indígenas para o discurso sanitarista, que as incorporou.

Alguns fundamentos da criação do SUS, como a concepção ampliada de saúde, a ideia de democratização e ampliação da participação social e a reorganização dos modelos de atenção, eram convergentes com as demandas do movimento indígena e indigenista. As proposições e articulações na formulação da política de saúde indígena, nesse contexto, provêm de diversos setores em um diálogo entre especialistas do campo e movimentos indígenas e indigenistas.

Na virada das décadas 1980-1990, houve uma convergência favorável entre a difusão da ideia de Silos pela Opas, a potencialização da proposta de distritos sanitários no âmbito da descentralização da Reforma Sanitária e o momento dos debates acerca da reorganização das ações de saúde indígena. Nesse processo, surgiram argumentos favoráveis para a incorporação do discurso em favor da distritalização, da territorialização e da participação social. A necessidade de contrapô-la à municipalização no SUS também potencializou a proposta da distritalização. A partir de 1991, a distritalização na saúde indígena se torna um discurso em ação, fazendo emergir diferentes propostas, e ocorre em paralelo à regulamentação do novo subsistema, que só ocorre em 1999.

Desde a aprovação da Lei Arouca, a distritalização tem sido discutida em termos de sua plena implementação, principalmente em relação à gestão e ao financiamento, mas nunca foi questionada. Entretanto, a noção de distrito ficou restrita a uma delimitação espacial, pouco incorporando as dimensões históricas, sociais e culturais.

A emergência do subsistema de saúde indígena se dá no âmbito da Reforma Sanitária brasileira, apoiada na convergência entre diversos pressupostos dos dois movimentos. O fato de ter sido construído de forma integrada ao SUS, com o reconhecimento de suas especificidades, é uma conquista do movimento indígena e indigenista.

Notas

[1] Este capítulo foi preparado no âmbito do projeto de pesquisa Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas, com financiamento concedido a Ricardo Ventura Santos pela Wellcome Trust/UK (Projeto n. 203486/Z/16/ Z). A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer Conep n. CAAE 61230416.6.0000.5240; informações adicionais sobre o projeto de pesquisa estão registradas na Apresentação deste volume.

O texto baseia-se na análise de material documental e de entrevistas realizadas com atores-chave na constituição e desenvolvimento do subsistema de saúde indígena, com vistas a aclarar o entendimento do contexto político que proporcionou institucionalidade à política de

saúde indígena. As entrevistas que subsidiaram sua construção foram feitas com os seguintes sujeitos: Ailton Krenak, Alba Figueroa, Douglas Rodrigues, Márcio Santilli, Marcos Antonio Pellegrini, Sofia Mendonça, Chico Apurinã, Ernilda Souza do Nascimento e Zezinho Kaxarari. O material documental investigado foi obtido pela cópia de acervo da sede em Brasília do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), por doação do acervo pessoal de Alba Figueroa e de Cibele Verani (*in memoriam*), no acervo digital do Programa de Índio (<http://ikore.com.br/programa-de-indio>) e em pesquisa bibliográfica. Para outras informações sobre os entrevistados citados ao longo deste capítulo, ver Apêndice deste volume.

[2] Alguns dos argumentos e pontos abordados neste texto foram aprofundados em outros trabalhos: Pontes *et al.*, 2019 e Pontes & Santos, 2020.

[3] Essas entidades foram criadas na década de 1970, na conjuntura das repercussões da Declaração de Barbados, 1971, e em resposta ao decreto de Rangel Reis acerca da emancipação dos índios, em 1978.

[4] "No plano político, o governo Sarney (1985-1990) caracterizou-se por consolidar a transição democrática, promovendo o estabelecimento de uma nova ordem constitucional, com a remoção do denominado 'entulho autoritário' e a realização de eleições regulares – em 1985, para prefeitos das capitais (...), em 1986, para governadores, deputados estaduais, deputados federais e senadores, os dois últimos integrantes do Congresso Constituinte, e em 1989, as primeiras eleições diretas para presidente da República desde 1960" (Escorel, 2015: 614).

[5] Em documento de 1992, Mirtes Versiani refere o encaminhamento da proposta de Estatuto das Sociedades Indígenas elaborado em diálogo com técnicos e antropólogos e encaminhado pelo Cimi. Esse projeto de lei vai ser referido nos planos distritais.

[6] Crise sanitária produzida pela retirada dos atores e instituições indigenistas de proteção dos Yanomami e liberação da entrada de garimpeiros, que desemboca numa epidemia de malária sem controle, denunciada por antropólogos, médicos e pela CCPY.

[7] Essa articulação e responsabilidade dos Nisis pela definição e implantação dos distritos aparece no relatório do 1º Fórum de Saúde Indígena (abril de 1993) e na portaria n. 540 de maio de 1993, ou seja, antes da conferência.

Referências

AROUCA, S. Discurso de Sergio Arouca, presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde (do Índio). Brasília, 1986a. (Mimeo.)

AROUCA, S. Dr. Sergio Aroca e Raoni, chefe Kaiapó, falam sobre a 1° Conferência Nacional sobre Proteção à Saúde do Índio e os problemas de saúde trazidos por projetos de desenvolvimento como as hidrelétricas. s. l.: Programa de Índio, 30 nov. 1986b. Disponível em: <http://ikore.com.br/programa/saude/>. Acesso em: 26 jan. 2021.

BARUZZI, R. G. & JUNQUEIRA, C. (Orgs.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Unifesp, Terra Virgem, 2005.

BICALHO, P. S. S. *Protagonismo Indígena no Brasil: movimento, cidadania e direitos (1970-2009)*, 2010. Tese de Doutorado, Brasília: Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada nos dias 27 a 29 nov. 1986*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social. *In*: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 5, 1989, Brasília. *Anais*... Brasília: Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social, 1989.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 2.057, de 1991. Dispõe sobre o Estatuto das Sociedades Indígenas. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, 9 nov. 1991. Seção 1, p. 22.522. Disponível em: <www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17569>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, 1993a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Luziânia, 25-27 out. 1993*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993b.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena*: *relatório final*. Brasília: Funasa, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2015.

CARDOSO, A. M. *et al.* Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. *In:* GIOVANELLA, L. *et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CARDOSO, M. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. *In*: LANGDON, E. J. & CARDOSO, M. D. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A Saúde do Índio. *Saúde em Debate*, edição especial, jan. 1988. Disponível em: <https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.+especial%2C+edi%E7%E3o+especial&pesq=&x=69&y=13>. Acesso em: 19 ago. 2019.

COELHO, V. & SHANKLAND, A. Making the right to health for Brazil's Indigenous peoples: innovation, decentralization and equity. *Medicc Review*, 13(3): 50-53, 2011.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (CNRS). *Documentos III*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz,1987.

COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária. *Lua Nova*, (19): 123-140, 1989.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 5(4): 441-450, 1989.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Saúde: especificidades do direito dos povos indígenas no contexto das conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate*, (ed. esp.): 10-11, jan. 1988. A Saúde do Índio.

CUNHA, M. C. Índios na Constituição. *Novos Estudos Cebrap*, 37(3): 429-443, 2018.

DAVIS, S. *Victims of the Miracle: development and the Indians of Brazil*. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S. Sergio Arouca: democracia e reforma sanitária. *In*: HOCHMAN, G. & LIMA, N. T. (Orgs.). *Médicos Intérpretes do Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2015.

FAUSTO, M. C. R. & MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C. & CORBO, A. D. (Orgs.). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FIGUEROA, A. L. G. Histórico da I e II Conferências Nacionais relativas à saúde indígena e à implementação da nova política. Brasília, s. d. (Mimeo.)

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Ministério da Saúde. *Diretrizes para Elaboração do Planejamento Estratégico para a Política de Saúde Indígena*. Brasília: Funasa, 1999.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Ministério da Saúde. *Informe de Saúde Indígena*, edição Brasil, fev. 2000.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Funasa, Ministério da Saúde, 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). *Relatório do Encontro de Saúde Indígena*. Brasília: Funai, 1985a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). *Relatório do Simpósio Alternativas sobre Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Funai, 1985b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). Ministério da Justiça. Comissão Intersetorial. Subcomissão de Saúde. *Modelo de Atenção Integral a Saúde do Índio*. Brasília: Funai, 1994.

GARNELO, L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do subsistema de saúde indígena. *In*: TEIXEIRA, C. C. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. (Saúde dos Povos Indígenas)

KRENAK, A. Programa de Índio, 30 nov. 1986. Disponível em: <http://ikore.com.br/programa/saude/>. Acesso em: 26 jan. 2021.

LANGDON, E. J. The notion of inclusion in Brazilian Indian health policy: services and cultural practices. *Anales Instituto Iberoamericano, Universidad de Götemborg*, (13): 153-181, 2010.

MENDES, E. V. Introdução. *In*: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1999a.

MENDES, E. V. O processo social de distritalização da saúde. *In*: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1999b.

MENDES, E. V. *et al.* Distritos sanitários: conceitos-chave. *In*: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1999.

MOREIRA, U. P. A Funasa e a implementação de distritos sanitários especiais indígenas. *In*: LIMA, A. C. S. & BARROSO-HOFFMANN, M. (Orgs.). *Estado e Povos Indígenas: bases para uma nova política indigenista II.* Rio de Janeiro: Contra Capa, Laced, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Atención Primaria de Salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, 6-12 sept. 1978*. Geneva: OMS, 1978.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Los sistemas locales de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 106(1): 66-71, 1989.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, XLII Reunión del Comité Regional. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud en el cuadrienio1991-1994*. Washington: Opas, 1990.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Sistemas nacionales y locales de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 113(5-6): 482-486, 1992.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: salud de los pueblos indígenas. *HHS/Silos 34*. Washington: OPS, 1993.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*. 377: 1.778-1.797, 2011.

PONTES, A. L. M. *et al.* Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saúde em Debate*, 43(8): 146-159, 2019.

RAMOS, A. *O Papel Político das Epidemias: o caso Yanomami*. Brasília: UnB, 1993. (Série Antropologia, 153). Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/1473>. Acesso em: 8 jul. 2021.

SANTOS, R. V. *et al.* The identification of the Indigenous population in Brazil's official statistics, with an emphasis on demographic censuses. *Statistical Journal of the International Association for Official Statistics*, 35(1): 26-49, 2019.

SILVA JR., A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS (UNI). Os povos indígenas e o direito à saúde. *Saúde em Debate*, (ed. esp.): 8-9, jan. 1988. A Saúde do Índio.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. *In*: FLEURI, S. (Org.) *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

VARGA, I. V. D. Indigenismo sanitário? Instituições, discursos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Campo*, 2(2): 132-142, 1992.

A *Emergência* do Distrito Sanitário Yanomami: uma análise sociopolítica[1]

Adriana Romano Athila

Preâmbulo: cartas ao presidente

Em 13 de março de 1991, o presidente da República Fernando Collor de Mello responde a uma carta de Javier Pérez de Cuellar, secretário-geral das Nações Unidas, sobre as ações do governo brasileiro para conter o genocídio dos Yanomami:

> Agradeço-lhe o reconhecimento do empenho do meu Governo na recuperação da condição de vida dos Ianomâmis, como o pode comprovar a Professora Erica Daes durante a visita a este País. *O Brasil sente-se orgulhoso de ser uma nação plurirracial onde todos os povos encontraram o sentido da convivência harmônica e respeito aos direitos humanos.*
>
> Os Ianomâmis, em particular ameaçados pela invasão de suas terras por garimpeiros, merecem especial cuidado de meu Governo, de modo a garantir-lhes condições de sobrevivência digna e respeito à sua cultura, conforme lhes assegura a Constituição e as Leis do Brasil. (...) *No momento, a região em que habitam os Ianomâmis é objeto de várias ações dos setores governamentais competentes, com a retirada dos invasores, a atenção à saúde e a recuperação do meio ambiente*. (Collor de Mello, 1991, destaques meus)

Em 1991, no período de troca de correspondências entre o então presidente da República e o Alto Comissariado das Nações Unidas, um decreto presidencial determina a criação de projetos de saúde específicos e estratégicos para a "promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, segundo as peculiaridades de cada comunidade", organizados como "Distritos Sanitários de natureza especial" (Brasil, 1991a). Em seguida, uma portaria interministerial aprova o Projeto Saúde-Yanomami, a ser executado pelo Distrito Sanitário Yanomami (DSY) (Brasil, 1991b). Pela primeira vez, a ideia de atenção à saúde adequada a uma minoria étnico-populacional, estruturada nos termos de um Distrito Sanitário Especial, recebe tratamento jurídico pelo Estado brasileiro.

Na bibliografia sobre a construção da Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (Pnaspi) (Brasil, 2002), o DSY é considerado a primeira instância formal de atenção à saúde indígena referida aos moldes dos movimentos sanitário e indigenista brasileiros, criada em contraste com as aspirações dominantes de influentes setores governamentais (Magalhães, 2001a). Até então sob a competência exclusiva da Fundação Nacional do Índio (Funai), o atendimento dos indígenas passaria a um órgão específico do Ministério da Saúde, dentro da recém-criada Fundação Nacional de Saúde (FNS), no que viria a ser a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai) (Confalonieri, 1989; Langdon, 2004).

A área a ser coberta pelo DSY se sobrepõe à Terra Indígena (TI) Yanomami, demarcada logo em seguida. O objetivo era fazer cessar a longa disputa jurídica, tentativas de fragmentação e ocupação daquela área por diversas iniciativas relacionadas ao Estado, permitidas ou estimuladas por ele e seus impactos sanitários, como condição para a eficácia de um programa permanente de saúde.

Entre 1987 e 1990, com cerca de 40 mil garimpeiros invadindo suas terras (Do Pateo, 2014), os Yanomami estavam com a sobrevivência ameaçada. As projeções mais conservadoras permitem afirmar que ao menos 14% de sua população fora exterminada naquele período (FNS, 1991). Em regiões com presença intensa de garimpo e sobre as quais havia conhecimento prévio – havia aquelas sobre as quais pouco se sabia –, comunidades inteiras praticamente desapareceram ou tiveram sua estrutura demográfica e continuidade comprometidas, com expressiva mortalidade de crianças de até 1 ano de idade (Confalonieri, 1990; Entrevista de Marcos Pellegrini, 2018).

A situação era de *emergência*. As epidemias de malária e sarampo produziam números de vítimas e imagens impressionantes. O colapso sanitário e sociológico dos Yanomami comove e tem visibilidade ímpar na opinião pública nacional e internacional. Segundo relatórios de saúde, denúncias formais, manifestos e matérias jornalísticas de grandes veículos de comunicação, mais do que de muitas mortes, tratava-se do *genocídio* de um povo usualmente descrito como "uma das últimas grandes nações indígenas do Brasil, ainda conservando seus padrões culturais originais" (CCPY, 1979).

No Brasil, desde a década de 1970 povos indígenas estavam sob a mira de uma política indigenista integracionista e, no limite, de exterminação, particularmente na Amazônia. Os "espaços amazônicos vazios", como oportunamente descritos nos documentos oficiais, deviam ser colonizados e empresariados por meio da exploração privada e de consórcios de capital transnacional, com ênfase na mineração de grande porte (Brasil, 1975, 7: 9). Contrariamente às intenções do Estado – e uma perspectiva dominante era "acabar com o índio" até o ano 2000 (Mossri, 1994) –, a cada pedaço de mata derrubada, na construção de estradas e projetos de colonização para desenvolver o país, apareciam povos desconhecidos até então (Davis, 1977; Entrevista de István Varga, 2019).

As epidemias são cruciais nesse projeto de nação. Elas trazem a retórica dos "vazios demográficos" à realidade, "esvaziando" efetivamente lugares visados pelo interesse empresarial, do Estado ou com sua conivência (Ramos, 1993). Desorganizam e vitimam não apenas os Yanomami, mas diferentes povos indígenas do país (Davis, 1978; Ramos, 1979; Entrevista de Alcida Rita Ramos, 2019). Qual, então, a singularidade da configuração que faz resultar o primeiro distrito especial de saúde indígena brasileiro? Que conexões ela estabelece com o também emergente campo da saúde indígena, e de que grupos ou setores da sociedade era proveniente?

Analisarei aqui a *emergência* do Distrito Sanitário Yanomami em duas perspectivas. Em uma delas tomo a *emergência* das situações epidêmicas como propulsora de sucessivos programas de saúde prévios ao distrito e dos quais ele pode ser considerado uma espécie de ápice. Mediante a etnografia de um conjunto documental e de entrevistas reunido sobre o tema, analiso as condições sociopolíticas, ideias e ações em torno dos Yanomami e de sua saúde que ali vão se desenrolando, entre os anos 70 e 90 do século XX, compreendendo do regime militar à transição democrática brasileira (Diniz, 1994; Magalhães, 2001a, 2001b; Shankland & Athias, 2007).

O fio condutor para o percurso relativamente longo será a abordagem de três iniciativas sucessivas de saúde: o breve mas substancial Plano Yanoama (PY), elaborado sob o impacto da construção da estrada Perimetral Norte e de outros projetos militar-desenvolvimentistas, em meados da década de 1970; com maior ênfase, as ações de saúde realizadas e/ou centralizadas pela Comissão pela Criação do Parque Yanomami (CCPY), nos termos de um programa interdisciplinar de saúde, em um período arbitrariamente definido entre 1981 e 1987, quando as equipes de saúde são expulsas da área, invadida por milhares de garimpeiros, e as mobilizações indígenas se intensificam; e o Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (Peasy), instituído em meio a uma aguda crise sanitária, cuja coda é o Projeto de Saúde Yanomami (PSY), também referido por Sistema Local Especial de Saúde da Área Yanomami ou Distrito Sanitário Yanomami (DSY), em 1991. É quando o primeiro distrito sulca o início de uma longa trajetória percorrida pela proposta de atenção à saúde indígena, dentro da estrutura jurídico-formal do Estado brasileiro.

O DSY não deixa de ser decorrente, então, de um singular somatório daquelas ações específicas de saúde e de atores nelas envolvidos, alguns de maneira quase permanente, o que nos leva à outra perspectiva de sua *emergência*, a qual nos permite dizer que o primeiro distrito não é *criado*. Antes, ele *emerge*. Em grande parte, ele é subsidiário de ideias, ações, pessoas e instituições que já vinham atuando entre os Yanomami há tempos, sob uma pauta que associou o reconhecimento de seu território à proteção de sua saúde, como único modo de permitir a singularidade de suas condições de existência.

A noção de epidemia como algo a ser debelado, contornado ou evitado é o centro daquelas ações de saúde. Mas as epidemias Yanomami também mobilizam segmentos sociopolíticos de comportamento antagônico. Entre as posições de combate, negação ou omissão diante delas, é possível chegar a diferentes concepções sobre saúde, sobre o passado, o presente e o lugar de povos indígenas na nação e no cenário internacional.[2]

Isso provoca um questionamento adicional. O primeiro distrito é estabelecido na área Yanomami e não em outros territórios indígenas no país, também sob o impacto sanitário de um projeto de nação que inevitavelmente resultaria em sua extinção (Entrevista de Alcida Rita Ramos, 2019; Valente, 2017; Davis, 1978). Em larga medida, a singularidade desse povo considerado prístino, situado em uma disputada região fronteiriça entre Brasil e Venezuela, tanto torna visíveis seus padecimentos e epidemias quanto gera efeitos práticos e jurídicos inéditos nas políticas públicas de saúde indígena brasileiras.

Estudos sócio-históricos apontam o quanto as agendas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os rumos de diversas instituições relacionadas à saúde coletiva mundial foram afetados pela profusão de pesquisas genéticas e biomédicas comparadas de populações humanas no pós-guerra (De Chadarevian, 2015). Povos indígenas, entre os quais aqueles da região amazônica, sob ameaça de rápido desaparecimento, eram casos-controle preferenciais, as "populações de cognição" (ver capítulo de Dent e Santos nesta coletânea).

Os Yanomami, um desses povos, sediam vultosas pesquisas comparativas, desde a década de 60 (Chagnon, [1977] 1997). Nos anos 80, invadidos pelo garimpo, continuam a estimular o interesse de diversas comunidades de cientistas, sendo incluídos em inquéritos mundiais, como o Intersalt,[3] e alimentando polêmicas.[4] Essa recrudescência reforça ainda mais a *emergência* quando se tratou de evitar as mortes e a corrupção de seu modo de vida primevo.

Há ressonâncias entre esse interesse científico e o modo como a especificidade étnico-cultural passaria a ser tratada ou priorizada em iniciativas mundiais com algum impacto sobre a saúde de povos indígenas, afetando o curso e o financiamento, seja de obras desenvolvimentistas, seja de determinadas agendas de pesquisa e intervenção pela OMS (De Chadarevian, 2015: 368). Por outro lado, também as agendas globais, conforme argumentarei, podem ser influenciadas pelas aspirações de movimentos indígenas e indigenistas, projetadas substancialmente a partir do plano local.

O primeiro distrito, no momento de sua *emergência*, satisfaz uma e outra condições. As epidemias, a saúde e o território Yanomami formam um bloco potente: a causa Yanomami. Esta contribui para a organização e o acesso direto de lideranças indígenas a representantes do Banco Mundial, da OMS, da Organização das Nações Unidas (ONU) e de outros fóruns internacionais, exercendo impacto

sobre abordagens e ações em saúde, aglutinando ou circunstancialmente associando pessoas e instituições.

Do ponto de vista local e nacional, em março de 1986 o Posto Indígena Demini sedia a Primeira Assembleia Permanente Yanomami realizada dentro de seu território. Dela participam indígenas e tuxauas Yanomami, indígenas da área indígena Raposa Serra do Sol, membros da União das Nações Indígenas (UNI), de organizações não governamentais (ONGs), poderes públicos, artistas e a imprensa oficial.

Em torno das epidemias, da saúde e do território Yanomami, gradativamente se vão adensando redes multiprofissionais e multi-institucionais, com destaque para antropólogos, sanitaristas, entidades religiosas, movimentos da sociedade civil, ONGs nacionais e internacionais e um florescente movimento indígena (Albert, 1997). Essas redes, "híbridas" e "labirínticas", no sentido latouriano, pois que comportam trajetórias difusas (Latour, [1991] 2008: 119, 120), produzem e dão a ver números e imagens das mortes, dos adoecimentos e da desestruturação sociológica vivida pelos Yanomami. As fotos, notavelmente as de Claudia Andujar, sensibilizam a opinião pública, organizações governamentais e não governamentais de diversos países, acompanhando matérias jornalísticas, artigos científicos e documentos do período.

Sua trama adquire tessitura vigorosa quando acontece o evento reconhecido como "a invasão garimpeira", entre 1987 e 1989. Enquanto Davi Kopenawa Yanomami recebe sua premiação da ONU pela defesa do meio ambiente, a situação do garimpo, dos adoecimentos e mortes chegava ao extremo, sem qualquer intervenção positiva do Estado (APC, 1990: 18).[5]

A responsabilidade do governo pelo "genocídio Yanomami" é denunciada em um dossiê organizado pelo Instituto Socioeconômico (Inesc), com notas de repúdio de entidades indígenas e indigenistas, como a UNI, o Centro Ecumênico de Documentação e Informação (Cedi) e a Comissão Pró-Índio de São Paulo (CPI-SP) (Inesc, 1990: 6, 14). As notas reforçam a continuidade da política indigenista dos governos Sarney e Collor e seu desprezo pelas reivindicações do movimento indígena, em parte expressas na recente Constituição Federal multicultural adotada pelo país (Sieder, 2002).

Rapidamente, as epidemias Yanomami passam a ser também internacionalmente tratadas como genocídio. O governo brasileiro e o presidente, recém-empossado, ficam sem argumentos e sob embaraço diplomático (Porantim, 1990b). O país tornava-se um "vilão potencial", às vésperas da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, a Eco-92 (Oliveira, 1993: 7).

As manifestações chegavam sob a forma de cartas, moções, manifestos, abaixo-assinados, telegramas, vigílias e protestos presenciais durante as viagens preparatórias de Collor. Seus signatários eram instituições, associações indígenas, movimentos ambientalistas e comunitários e personalidades de vários lugares do

mundo, entre Brasil, países das três Américas e Europa. Afinal, "o povo indígena Yanomami é o maior das Américas que, em sua maioria, continua vivendo as tradições culturais de seus antepassados. O seu destino interessa a toda a opinião pública mundial", lê-se em um relatório escrito após à "invasão garimpeira", em 1990 (APC, 1990: 9)

Davi Kopenawa e a fotógrafa-ativista Claudia Andujar têm encontros com representantes da ONU, da OMS e autoridades governamentais de diversos países europeus, denunciando as epidemias, o garimpo e a longa recusa do Estado em reconhecer a Terra Indígena Yanomami. Fazem, ainda, contatos diretos com o governo norte-americano, a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Banco Mundial.

Ao retornar, Davi é entrevistado por Ailton Krenak, em um programa de rádio organizado pelo Núcleo de Cultura Indígena da UNI. Para uma audiência potencialmente nacional e que atingia outros povos do país, ele conta sobre os contatos da viagem e desmente as declarações de um militar de que os Yanomami não tinham interesse na retirada dos garimpeiros da área (Programa de Índio, 7 dez. 1990).

Em mobilização crescente, os indígenas passam a escrever suas próprias "cartas" a autoridades, instituições e presidentes, alçando formas de representação.

A epidemia nas trilhas da estrada: o Plano Yanoama (PY)

Entre 1973 e 1975 a construção da estrada Perimetral Norte corta longitudinalmente o território dos Yanomami, surpreendendo os indígenas com a instalação de canteiros de obras em frente a suas malocas (Entrevista de Carlo Zacquini, 2018). Sem qualquer explicação prévia, chegavam à região trabalhadores adoentados, contratados à revelia de qualquer controle sanitário.

Somando-se a outras empresas governamentais, a estrada atingia diretamente as comunidades Yanomami e seus espaços de atividades e trânsito intercomunitário. Juntas, as vitimaram, desorganizaram, fazendo com que alguns subgrupos desaparecessem nas zonas de contato mais intenso com peões e assentamentos, como aconteceu à região do Ajarani. Os acampamentos de trabalhadores atraíam, estimulando expedições ou fazendo com que indígenas ou comunidades inteiras gravitassem ao seu redor (Ramos, 1979: 22, 31). Alimentos, panelas imundas e retorcidas, capacetes e roupas contaminadas circulavam entre diferentes pessoas e comunidades Yanomami, mobilizadas com a novidade (Entrevista de Carlo Zacquini, 2018).

A epidemia, ressalta Carneiro da Cunha (2002), é um sinalizador do iminente contato. Bem antes do encontro físico, "objetos e germes" inauguram uma "guerra biológica", tornando "brancos" e suas doenças "indissoluvelmente ligados" nas narrativas indígenas (Carneiro da Cunha, 2002: 7-8; Kopenawa & Albert, 2010).

Alguns vinham de longe, atraídos pela notícia de abundância ou pela curiosidade, retornando adoentados às suas comunidades (Pellegrini, 1993: 35). Com bens e pessoas circulando intensamente, o contágio e as epidemias chegaram a números considerados alarmantes (Ramos, 1979).

Divulgado na mesma época, o mapeamento geológico do Projeto Radambrasil (Brasil, 1975) aponta a região de Surucucus, "coração" das terras Yanomami em Roraima, como rica em minérios, declarando-a de interesse para a "segurança nacional" (Do Pateo, 2014: 31). Os seis primeiros garimpeiros chegam logo depois e seu número aumenta rapidamente (Taylor, 1979). Potencializados os fluxos de contato, os indígenas são atingidos por ondas epidêmicas cíclicas. Suas comunidades e regiões de atividades de subsistência e circulação intercomunitária (Albert & Le Tourneau, 2007) são subitamente atravessadas por peões, garimpeiros e maquinários. As primeiras ações de saúde culturalmente sensíveis entre os Yanomami são esboçadas em resposta a esse contexto emergencial primário.

O atendimento era, até então, realizado por meio de ações isoladas da Funai e, em grande medida, por missionários. Os salesianos estavam desde a década de 1930 entre os subgrupos Yanomami do estado do Amazonas, com práticas fundamentadas em uma "obsoleta concepção de saúde", que descaracterizavam culturalmente os indígenas (CCPY, 1981: 6). Ao longo da década de 50, chegam ao atual estado de Roraima a New Tribes Mission (MNTB) e a Unevangelized Fields Mission, mais tarde Missão Evangélica da Amazônia (Meva) (Taylor, 1979: 48), ambas desempenhando ações de saúde limitadas às regiões adjacentes a seus "postos" (CCPY, 1981a; FNS, 1991; Kopenawa & Albert, 2010).

Os missionários católicos do Instituto Missões Consolata chegam em seguida. Suas atividades de imunização e censos, consolidados em "pirâmides populacionais", em contraste com a atuação de outras missões religiosas e da própria Funai, eram mais sistemáticos (FNS, 1991: 49). Procuravam manter registros de saúde e mapear os trânsitos Yanomami através de suas microrregiões, como o Catrimani. A atitude comprometida com o cuidado durante as epidemias e com o reconhecimento do território são importantes para as ações de saúde do Plano Yanoama, como seriam para a vindoura atuação da CCPY, da qual Carlo Zacquini, missionário da Consolata, é um dos fundadores.

Desde já marcados pela práxis relacionada a uma antropologia participativa que estaria por *emergir* (Langdon, 2004: 33, 35; ver capítulo de Barroso nesta coletânea), a primeira iniciativa interdisciplinar de saúde veio dos antropólogos Kenneth Taylor e Alcida Ramos, não por acaso responsáveis também por submeter a primeira proposta para um Parque Yanomami à Funai, em 1968. Taylor e Ramos chegam em Auaris, trazidos pela Meva, para fazerem seus estudos de doutorado entre um dos subgrupos Yanomami brasileiros (Ramos, 2017: 12).

Posteriormente, associados à Universidade de Brasília (UnB), os pesquisadores apresentam à Funai o Plano Yanoama (PY), criado por uma portaria do órgão, em 1975 (Taylor, [1976] 2014). Mais do que resultado de uma disposição estatal, o PY era possível devido a uma gestão peculiar do órgão: projetos de saúde deviam ser implementados entre povos indígenas atingidos pela marcha militar-desenvolvimentista, sob a coordenação de especialistas (Entrevista de Alcida Rita Ramos, 2019).[6]

A preocupação era amenizar os efeitos sociológicos e sanitários das interações dos Yanomami com os "brancos", orientando trabalhadores não indígenas sobre condições de saúde e a qualidade de suas relações com os indígenas (Taylor, 1979). Estudos sócio-históricos do contato e o atendimento médico aconteciam em paralelo àqueles para criar uma "Reserva" ou "Parque" para os índios (Ramos, 1979: 8). Como estudante de antropologia, Bruce Albert faz parte da equipe, treinada em fundamentos paramédicos por Carlo Zacquini e um padre da Consolata (Taylor, [1976] 2014: 2).

A "equipe móvel" (Taylor, [1976] 2014: 5) acompanhava as trajetórias de comunidades e de pessoas, seu itinerário terapêutico entre as comunidades e a cidade e seu destino, por vezes incerto e doloroso, após os adoecimentos. São registrados dados demográficos e epidemiológicos transversais, produzindo uma cartografia das comunidades, seus movimentos espaciais e reconfigurações sociológicas em razão e ao longo do traçado da Perimetral, informações pouco conhecidas até então.

A relação entre deslocamentos para a cidade, hospitalização e maiores números de contágio, adoecimento e mortes é mapeada com base em dados quantitativos e no acompanhamento dos itinerários Yanomami, com foco nas comunidades da zona de influência direta da estrada, mas sem se limitar a elas (Ramos, 1979). Eram "devastadoras" as "consequências" de transferir os Yanomami para hospitais, incompatíveis com seu modo ideal de viver em suas comunidades, fosse em períodos de saúde plena ou de adoecimento, diz Ramos (1979: 24). Com enfermidades diversas, dividiam um só quarto, deitados ao chão ou em colchonetes sujos e rasgados, alimentando-se pouco ou com comidas de que não gostavam (Ramos, 1979).

Era imperativo adotar uma forma de atenção à saúde na qual os cuidados primários acontecessem prioritariamente em seu território. E, quando isso não fosse possível, era preciso adotar soluções compatíveis com seus modos de viver, comer, dormir.

Muitos dados do PY seriam posteriormente reproduzidos em documentos sobre a saúde e o território Yanomami, para os quais foram imprescindíveis. Seus levantamentos epidemiológicos e sociodemográficos eram acompanhados por mapas e informações prévios e posteriores à construção da estrada. As tabelas indicavam o número de mortos, de indivíduos dispersos, segundo o que haviam apurado, dos remanescentes e daqueles sobre os quais nada se sabia, presumivelmente mortos. Mais do que contabilizar mortes e adoecimentos, a análise permitia avaliar quali-

tativa e diacronicamente os efeitos agudos das perdas e deslocamentos de pessoas sobre diferentes comunidades e parentelas (Ramos, 1979).

Por serem interdisciplinares, os estudos do PY ampliavam a compreensão do impacto das epidemias do período sobre o modo de viver – e morrer – Yanomami. Era possível estimar o quanto, de várias maneiras, as mortes e a desestruturação atingiram todos os indígenas e comunidades que pudessem fazer parte de suas amplas redes de sociabilidade, para além daqueles mais próximos às linhas da estrada (Ramos, 1979). Os relatórios detalham o comprometimento simultâneo da saúde "física" e "social" e da integridade territorial Yanomami, aspectos considerados imprescindíveis a qualquer avaliação acertada sobre o efetivo impacto da Perimetral (Ramos, 1979: 8).

Inevitavelmente, as relações entre os Yanomami, trabalhadores e, depois, um número significativo de garimpeiros (Entrevista de Carlo Zacquini, 2018) tornam-se cada vez mais críticas. A logística do PY é continuamente desafiada por pessoas com funções públicas, envolvidas nas ações de saúde, sobretudo localmente, o que Albert define como "sabotagem burocrática" (Kopenawa & Albert, 2010: 705). Em 1976, Taylor é impedido de trabalhar em Roraima, por ser estrangeiro em zona de fronteira e, portanto, uma ameaça à "segurança nacional".

Primeira tentativa, formalmente pouco duradoura, de pensar ações de saúde em diálogo com a sociopolítica Yanomami, o PY mobiliza pessoas-chave na história do primeiro distrito, como Ramos, Albert e próprio Zacquini. Toma conhecimentos e dados de saúde pregressos produzidos por missionários e soma a eles outros, qualificados de um modo peculiar. O plano constrói, com originalidade, os esboços de um modelo de atenção interdisciplinar e multi-institucional culturalmente sensível. Esse modo de fazer projeta-se nas ações em saúde e território sob a condução da CCPY, como também mais tarde, na proposta do primeiro distrito sanitário indígena do país.

O Programa Interdisciplinar de Saúde

Ao final da década de 70, o governo militar tenta emplacar um decreto para emancipar povos indígenas ditos aculturados, visando à expropriação de suas terras e recursos (Sobre a proposta de emancipação dos indígenas e reações sociais, ver capítulos de Magalhães e de Welper nesta coletânea). A grande mobilização contrária faz do ano de 1978 um marco do ativismo da sociedade civil. Organizações indígenas e indigenistas, como a CPI-SP e a própria CCPY, são criadas ou consolidadas, como foi o caso da UNI.[7] Ancorada na demarcação de terras, "a causa indígena" foi um "desaguadouro inesperado para muitos outros temas de protesto" (Carneiro da Cunha, 2018: 431).

A criação da comissão, por Claudia Andujar, Carlo Zacquini e Bruce Albert (Kopenawa & Albert, 2010), tem o estímulo adicional de outro decreto federal, que desfigurava o território Yanomami fragmentando-o em 19 "ilhas" descontínuas e nelas permitindo a prática do garimpo. Desde o início, a CCPY visa a compor uma ampla rede multiprofissional e multi-institucional, gradativamente formada por colaboradores de diferentes regiões do país e do mundo, alguns deles eventuais, outros relacionados aos Yanomami há décadas.

O documento "Parque Indígena Yanomami: proposta e justificativas" (CCPY, 1979) é o primeiro resultado dessa rede colaborativa, tendo como vértice a recém-criada comissão. A proposta é respaldada no ideário transnacional do período, no qual os Yanomami são referidos como uma das últimas grandes "nações"[8] indígenas sem contato permanente com os "brancos". Essa condição a ser resguardada marca o modelo de saúde proposto pela CCPY, relativo a povos descritos como de contato recente ou em isolamento (Selau *et al.*, 1988).

As "considerações médicas" e as linhas para um programa de saúde são itens da proposta, mas também transversais à sua escritura (CCPY, 1979: 35). Como acontece a outros documentos produzidos pela CCPY e organizações parceiras, as fotografias de Andujar compõem o argumento. Evocam o Yanomami idílico, ora "intocado", ora "corrompido" pelo contato com peões, garimpeiros e missionários. A proposta coligia toda informação disponível sobre epidemias e outras violações: dados anteriores do Plano Yanoama, de missionários e matérias de jornais, associados a trabalhos históricos, antropológicos e linguísticos.

A proposta de demarcação do parque é concomitante àquela sobre a adoção de um programa permanente de saúde. Seja instaurada ou como ameaça permanente, a *epidemia*, a urgência em intervir sobre ela, é seu fundamento. Associadas, essas ideias contaminam artigos antropológicos, filmes, matérias jornalísticas, relatórios da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e manifestações de organizações civis ao redor do mundo. Muitas delas são replicações da proposta do parque, divulgando transnacionalmente a mobilização.[9]

Ramos e Taylor, residindo fora do Brasil, intensificam relações com pessoas e organizações internacionais do campo de direitos de povos indígenas, como a Survival International, o Anthropology Resource Center (ARC) e o International Work Group for Indigenous Affairs (IWGIA) (Entrevista de Alcida Rita Ramos, 2019). Essas organizações publicam estudos sobre as "condições de saúde e território" e sua implicação sobre o "genocídio Yanomami" no Brasil e na Venezuela (Lizot, 1976; Migliazza, 1978; Colchester, 1985).

Os antropólogos também organizam uma significativa publicação sobre o Plano Yanoama, editada pelo IWGIA, tratando dos efeitos epidêmicos catastróficos dos projetos desenvolvimentistas e descrevendo o PY, até sua suspensão repentina (Taylor & Ramos, 1979). Com adoecimentos, mortes e a penetração dos "brancos"

agravadas, encerram o documento com a proposta da CCPY para o parque, reafirmando a necessidade de adoção de um programa de saúde que fosse permanente.

Esse documento serve, inclusive, como subsídio para a formulação de denúncia contra o Brasil à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, em 1980. A acusação é a de negligenciar diversos direitos fundamentais Yanomami, entre os quais sua proteção diante dos efeitos epidemiológicos da construção da Perimetral e das invasões de garimpeiros, falhando em assegurar sua sobrevivência por meio do reconhecimento do parque (AAA/ARC/ILRC/SI/SI EUA, 1980).

A interação entre saúde e território marca também a pauta da Assembleia Mundial de Saúde (WHO, 1978), com ênfase na assistência primária à saúde, em sua concepção ampla, revalorizando experiências locais de participação comunitária, em territórios específicos (Verani, 1999: 3; Langdon & Cardoso, 2015). Por sua vez, ações de saúde entre povos indígenas eram tão mais efetivas quanto mais próximas de seus modos de vida, apenas possíveis dentro de territórios íntegros e resguardados.

A causa Yanomami era uma síntese de uma e outra diretriz, com visibilidade peculiar. Uma articulação transnacional em torno dela converge com o espírito de sanitaristas brasileiros, que atuam junto à CCPY, em diferentes momentos de suas trajetórias profissionais, ocupando cargos diversos, em instituições diversas (Pontes *et al.*, 2019).

Desde a primeira publicação da proposta do parque até 1986, a CCPY e a Funai formalizam alguns convênios para atendimento à saúde. Apesar de a atenção estar sob a competência formal do órgão tutelar, organizações da sociedade civil conveniadas atendiam indígenas em diversas regiões do país (Selau, 1992).[10] Esse arranjo, embora considerado insatisfatório pelos movimentos indígena e indigenista, anuncia a transformação nos mecanismos de gestão de políticas públicas pelo Estado (ver capítulo de Barroso nesta coletânea) em um modelo "interessante" (Oliveira, 1993: 9), baseado em convênios com a Funai.

Por um lado, a Funai definia contratualmente ações, estratégias, formas de monitoramento e avaliação, cronogramas de viagem e competências institucionais dos envolvidos. Com muita precariedade, fornecia alguma infraestrutura, recursos materiais e humanos, harmonizando a participação de outras instituições públicas, como a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e a Central de Medicamentos (Ceme). Por outro lado, e contava-se com isso, os convênios permitiam à CCPY acionar outros profissionais e instituições nacionais e internacionais, dependendo de uma capacidade quase interpessoal da organização em gerar parcerias e financiamentos supraestatais, sem os quais pouco seria possível (Oliveira, 1993).

Desde o início dos convênios, o atendimento sanitário é descrito como um Programa Interdisciplinar de Saúde (CCPY & MDM, 1985; CCPY, 1985a). Na

medida da complexidade territorial e sociodemográfica Yanomami, uma cobertura satisfatória recomendava a colaboração de universidades e centros de pesquisa, de disciplinas diversas. Do convênio inaugural (1979-1980) resulta o Primeiro Levantamento das Condições Médico-Sanitárias dos Yanomami (1980-1981), acordado entre a CCPY e a Escola Paulista de Medicina (EPM), por meio de contatos pessoais entre Claudia Andujar e Roberto Baruzzi,[11] e financiado pelo IWGIA (CCPY, 1981b). Dele participam Rubens Brando,[12] formado pela EPM e um dos fundadores e vice-presidente da CPI-SP (Garcia, 1983), Francisco Vanin Pascalicchio, o Pasca, médico-residente da EPM, e a própria Andujar, descrita como "fotógrafa-pesquisadora" (CCPY, 1981a: 2).

Traçando um panorama crítico das ações de saúde existentes, o levantamento apresenta critérios e preocupações relevantes para as ações de saúde que viriam a ser planejadas pela CCPY. O atendimento da Funai padecia de descontinuidades administrativas e alta rotatividade de pessoal. Os poucos funcionários que falavam as línguas Yanomami estavam fixados em postos distantes dos indígenas, o que dificultava seu acesso e sua "participação" nos atendimentos (CCPY, 1981a: 7). O monitoramento epidemiológico era deficiente, mesmo em áreas de missões religiosas. O diagnóstico era o de que nem a Funai, nem as missões poderiam atender satisfatoriamente os Yanomami (CCPY, 1981a).

Os estudos são complementados no "Relatório Yanomami 82: situação de contato e saúde, recomendações para a criação e estruturação do Parque Indígena", financiado pelo ARC e o IWGIA. Peça política modelar para os relatórios de saúde subsequentes, sempre comprometidos com a criação do parque, o relatório é também uma carta de intenções da CCPY, afirmando seu desejo em centralizar a implantação das recomendações e ações de saúde ali sugeridas (CCPY, 1982: 186). Sua composição revela o hibridismo das redes arregimentadas pela causa Yanomami, já naquele momento (CCPY, 1982: 2-4). Os pesquisadores eram de diferentes áreas: antropólogos, como Alcida Ramos e Kenneth Taylor, para a região do Auaris; Bruce Albert, já como antropólogo, para os estudos da região do Toototobi e Catrimani, e linguistas. Para as pesquisas médicas, além de Brando e Pascalichio, contribuem Mario Morais e Rubens Belfort, com estudos sobre a oncocercose (Belfort & Morais, 1979). Os dados sobre contato foram os levantados por Andujar ao longo de dez anos. Mapas e informações sociodemográficas sobre os Yanomami do Catrimani eram de Zacquini. A "etno"-geógrafa Pierrette Ziegler-Birraux[13] divide a introdução do relatório com Andujar e os antropólogos Eunice Durham e Carlos Alberto Ricardo, doravante Beto Ricardo, são citados como colaboradores.

Impactando a estruturação das ações, croquis traçam os trânsitos Yanomami por zonas progressivamente concêntricas, abrangendo suas andanças rotineiras e mais esporádicas, até alcançarem comunidades e sub-regiões diversas (CCPY, 1982). Se não pela precariedade de recursos humanos, a sociopolítica Yanomami

determinava desde então que as ações de saúde considerassem uma cartografia "etnossanitária". As "áreas de relações intercomunitárias" (ARI), "subáreas" e "sub-regiões", como seriam definidas mais tarde, respondiam à organização afetivo-espacial dos Yanomami e de suas relações com as diferentes instituições responsáveis pelas ações de saúde, em cada uma dessas áreas (FNS, 1991; CCPY, 1992).

Em um manual de campo, a ARI é definida como "mais ou menos a área de abrangência do posto onde os grupos que moram a até 3 dias de caminhada mantêm relações de amizade ou inimizade e se visitam pelo menos 3 vezes ao ano", uma divisão um pouco fluida e mais "nossa" do que "deles", advertem (CCPY, 1992: 13). As "subáreas" eram agrupamentos de diferentes malocas, segundo alguns critérios: instituição responsável e sua "área de influência" (no caso de ser mais de uma, a qualidade de suas relações interinstitucionais); acessibilidade sazonal, de modo a otimizar o trânsito e cobertura das equipes; áreas de influência de garimpo e áreas intersticiais entre a influência de missões religiosas ou outras instituições.

As ações de saúde não podiam "comprometer outras esferas de sua vida, como o delicado equilíbrio de sua geopolítica", como apontariam Ramos e Menegolla (CCPY, 1991a: 8). Um tal modo de ação remete à participação de antropólogos e outros agentes que conheciam os Yanomami de longa data, não apenas traduzindo ou mediando, mas participando do modo de ser das ações de saúde.

Com a construção de "Postos de Controle", em locais estratégicos, visava-se a preservar os indígenas do contato direto e desencorajar suas excursões até os "brancos". O fundamento era médico: nas análises epidemiológicas os "graus de contato" correspondiam a maiores invasão, incidência de doenças e morbidade (CCPY, 1982: 182-183).

Essas considerações estão replicadas nas denúncias transnacionais, em que os Yanomami são descritos como um povo isolado, exposto a violações e epidemias que exigiam a demarcação da terra e a adoção de um "programa permanente de saúde" (UN, 1983: 1). Caso contrário, era inevitável seu "genocídio", como afirmam Andujar e Carneiro da Cunha em carta aberta ao ministro do Interior, "referente aos 10.000 Yanomami ameaçados de extinção", concluída com a frase: "não haverá 'progresso' que possa justificar a dizimação dos índios Yanomami" (CCPY & CPI-SP, 1980).

No início de 1983, a Funai e a CCPY se articulam à entidade francesa Médecins du Monde (MDM), esboçando um "Projeto Médico Piloto", com duração de quatro meses, base para o convênio formal entre as instituições em 1984 (CCPY & MDM, 1985: 1, 6), assim como para convênios posteriores entre Funai e CCPY, até 1986 (Funai & CCPY, 1986). Após percorrerem a área Yanomami, em julho de 1983 acontece um encontro para avaliação em Boa Vista, com o suporte da Funai. Com base em um diálogo entre diferentes saberes e competências na atenção, são

elaboradas recomendações nas quais diretrizes interdisciplinares se somam àquelas usuais, de qualquer programa de saúde (CCPY & MDM, 1985: 6).

Além das conveniadas, participam desse encontro três indígenas, entre os quais Davi Kopenawa, funcionário da Funai, já próximo aos fundadores e às ações da CCPY, o bispo dom Aldo Mongiano, pela Diocese de Roraima, e representantes das missões evangélicas. Pelo então território federal de Roraima, estavam a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Cultura, cuja representante era uma missionária da Consolata, com amplo conhecimento sobre os Yanomami.[14]

A tônica eram as dificuldades de transporte, com carros, aviões, helicópteros e horas de voo insuficientes dificultando o acesso a regiões mais remotas ou onde não havia missões. Mesmo onde as havia, nem sempre era possível compatibilizar as demandas de atendimento com seus cronogramas fixos, comprometendo o acesso a comunidades distantes. A Casa do Índio de Boa Vista, unidade de tratamento e trânsito de doentes mantida pela Funai, era precária, de sua estrutura física às limitações diagnósticas e de atendimento. Os participantes do encontro recomendam o uso de intérpretes e uma alimentação adequada aos "hábitos alimentares dos indígenas", ao lado da adoção de expedientes padronizados de registro do fluxo de pacientes (CCPY & MDM, 1985: 10).

Para aprimorar a "atenção médica local", observam, era preciso aprender a língua dos diversos subgrupos e elaborar material didático com base na "cultura Yanomami" (CCPY & MDM, 1985: 6). O treinamento de indígenas como "auxiliares de saúde" é citado como importante elo entre equipes médicas e comunidades e forma de superar, talvez, as dificuldades de identificação dos pacientes, dado que os Yanomami jamais pronunciavam seus nomes próprios, quando perguntados (CCPY & MDM, 1985: 7).

O Programa Interdisciplinar de Saúde (CCPY & MDM, 1985), essencialmente coordenado pela CCPY, compreendia ações mais estritamente biomédicas e aquelas culturalmente específicas, sob a forma de "manuais de campo". Alguns exemplos são o "manual de frases úteis em Yanomami", com línguas de diferentes subgrupos, traduzidas para o português, francês e inglês (CCPY, 1984), uma exigência da multi-institucionalidade da atenção. O manual *Saúde Yanomam*, financiado pela Oxfam (Oxford Committe for Famine Relief) e pela Norad (Norwegian Agency for Devlopment Cooperation), inicia-se com a narrativa de um xamã desconsolado, incapaz de salvar seus parentes das epidemias causadas pela Perimetral, e recomenda a associação da terapia xamânica à biomedicina (CCPY, 1985b).

Mais que respeitar, associar as duas "medicinas" e seus respectivos especialistas – o médico e o xamã –, valorizando laços entre equipes e comunidades, era preocupação desse modo de atenção (Entrevistas de Menegolla, 2018; Pellegrini, 2018, 2019 e Lobo, 2018). Após um atendimento compartilhado, profissionais da CCPY detalham as narrativas do paciente sobre seus padecimentos e observam:

"esta experiência inicial de atuação de duas medicinas foi de fundamental importância tanto do sucesso terapêutico como da aceitação/integração da nova equipe à vida das pessoas dessa região" (CCPY, 1991b: 4).

A exigência de um trabalho interdisciplinar e da intermedicalidade permanece como cláusula naquele que seria o último convênio formal entre Funai, CCPY e, por intermédio desta, a MDM e outra afiliada, antes da expulsão das equipes da área (CCPY & MDM, 1985; Funai & CCPY, 1986). Como assessora permanente da CCPY, Alcida Ramos coordena o Projeto Interdisciplinar Yanomami, produzindo estudos antropológicos e linguísticos para adequar as ações de saúde às "características culturais" Yanomami (Ramos, 1984: 3).

A multi-institucionalidade, condição ao mesmo tempo logística e da sociopolítica indígena, por outro lado, colocava o desafio de concertar ações heterogêneas, estimulando a criação de mecanismos de participação social paritária com os indígenas, como o Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena (Nisi). Considerado o precursor do controle social (Magalhães, 2001b), segundo os entrevistados o Nisi surge no curso frenético das epidemias e crescente afluxo de profissionais, de diferentes nacionalidades e instituições, envolvidos na atenção aos Yanomami e a outros povos da região (Entrevistas de Marcos Pellegrini, 2018 e Lêda Leitão, 2019). "Cada um com sua ideia maravilhosa" (Entrevista de Marcos Pellegrini, 2019), era preciso um modo de avaliar diferentes propostas, com a participação de indígenas, e de outros especialistas nas condições locais e independentemente de afinidades interpessoais.[15]

Na perspectiva nacional e, particularmente, regional, os profissionais relacionados à CCPY, sobretudo os estrangeiros, eram duramente criticados por setores da política, economia e imprensa anti-indígenas, por sua vez harmonizados com instâncias federais dos três poderes. Talvez por sua compreensão singular sobre as práticas de cuidado, não eram vistos como "tão médicos", fosse pela sociedade local, fosse por funcionários da Sucam (Entrevista de Ivone Menegolla, 2018). De certo modo, suas práticas de saúde e o comportamento engajado, entre si e com os Yanomami, em campo ou na cidade (Entrevista de Lêda Leitão, 2019), contrastavam com os expedientes da biomedicina clássica.

Boa parte daqueles com atuação regular entre os Yanomami vinha de experiências prévias em medicina comunitária e com outras minorias populacionais, e relata a insuficiência dos expedientes aprendidos nas universidades para lidar com o que viam e viviam em campo (Entrevistas de Ivone Menegolla, 2018, István Varga, 2018 e Maria Gorete Selau, 2019). Tanto para a compreensão dos problemas de saúde quanto para as intervenções, precisavam considerar fatores socioculturais, determinantes e perfis específicos de saúde dos diferentes povos atendidos (Varga, 1991: 25).

Esses questionamentos, enfatiza Menegolla, viriam no "burburinho" da saída do regime militar, do "enfoque de Alma-Ata" (WHO, 1978), das discussões sobre os determinantes sociais do adoecimento e sobre a Reforma Sanitária (Entrevista de Ivone Menegolla, 2018). Em campo, ao "pé de fogueira", as preferencialmente pequenas equipes multidisciplinares, com médicos e antropólogos como Bruce Albert e Alcida Rita Ramos, discutiam ideias pouco mais tarde expressas na planificação do DSY, como aquelas de "polos-base" e do próprio "distrito", como modos alternativos de organizar e delimitar ações de saúde, para além "dos limites municipais e estaduais e federais" (Entrevista de Ivone Menegolla, 2018).

Do local ao global: sobre redes e mobilizações

Essas ideias sobre um modelo mais efetivo de atenção que aproximavam profissionais envolvidos na atenção dos indígenas e dos contextos locais também estão relacionadas à efervescência da política e economia brasileiras do período e seus efeitos, inclusive sanitários, sobre povos indígenas e seus territórios, principalmente na Amazônia. Iniciativas como o Projeto Calha Norte (PCN), confidencialmente aprovado pelo governo em 1985, propondo a ocupação militar da região, a exploração de seus recursos e a intervenção sobre a política indigenista do país, agravam a vulnerabilidade de indígenas em diversos aspectos (Oliveira, 1991).

No mesmo ano, Alcida Ramos e Claudia Andujar, pela CCPY, e um parlamentar da Comissão do Índio da Câmara dos Deputados pedem ao general Bayma Denys, principal estrategista do PCN, o reconhecimento do Parque Yanomami como único modo de preservar a saúde dos indígenas. A proposta é recusada, sob a alegação de que, por se tratar de região de "fronteira", ameaçaria a "segurança nacional" (*Boletim Urihi*, 1987).

Agentes e ações em saúde e território em torno dos Yanomami fazem parte dessa situação global e respondem também a ela. O compartilhamento de pautas e estratégias contribuía para o estreitamento dos nós das redes entre indigenistas multiprofissionais, indígenas nas aldeias e suas organizações.

Ao longo de toda a década de 80, a equipe multidisciplinar da CCPY, circunstancialmente composta por outros profissionais e instituições acionados pela organização, os Yanomami e também a UNI vão progressivamente compondo articulações. Davi Kopenawa já atuava junto às equipes de saúde da CCPY – além de auxiliar de diversas formas, ele seria o idealizador do Projeto de Saúde do Demini, "administrado" pela CCPY (Albert, 1991: 1) –, mas foi a aproximação entre os Yanomami e a UNI que lhes permitiu somar forças, nacional e localmente, com outros povos indígenas e também com os povos do lavrado: "eu aprendi [a fazer 'o branco'

e o governo ouvir] com outras lideranças (...) Macuxi, Wapichana. Eu aprendi com o tio Raoni e Ailton Krenak também", diz Davi Kopenawa (Entrevista, 2018).

Em junho de 1985, a UNI estreia um programa de rádio transmitido da Universidade de São Paulo e apresentado por, entre outros indígenas, Ailton Krenak. O *Programa de Índio* tentava colocar aldeias em comunicação com núcleos urbanos, divulgando da cultura de diferentes povos brasileiros e análises críticas sobre acontecimentos nacionais e internacionais com impacto sobre suas terras a denúncias de violações, algumas em tempo real (sobre o *Programa de Índio*, ver o capítulo de Pappiani e o capítulo 13 desta coletânea).

No *Programa de Índio* era inevitável a ênfase nos temas da saúde e do território, nos quais as desfavoráveis condições sociopolíticas do país levariam a que os Yanomami tivessem destaque progressivo ao longo dos anos de sua difusão. Desde as primeiras edições, o *Programa de Índio* registra a expulsão, pelos indígenas, de três frentes de garimpeiros[16] e as consequências sanitárias da Perimetral, que deixaram indígenas em estado grave na Casa do Índio mantida pela Funai em Manaus.[17] Entre 1985 e 1989, em diversos programas, indígenas em suas comunidades, médicos, antropólogos e outros envolvidos na atenção sanitária da CCPY e na luta pelo território denunciam epidemias e discutem a saúde Yanomami.[18]

Um marco da referida aproximação é a colaboração entre Ailton Krenak e Claudia Andujar, envolvendo a UNI, a CCPY, comunidades Yanomami, indígenas do lavrado e diversos representantes do Estado brasileiro, com a participação do senador Severo Gomes, todos reunidos na 1ª Assembleia Permanente Yanomami, sediada no Posto Indígena Demini, em 1986 (*Boletim Urihi*, 1986).[19] Nacionalmente mais articulados, indígenas no Brasil e em outros países da América Latina também se aproximam de entidades ambientalistas internacionais e instituições financiadoras do "desastre" causado por projetos para "desenvolver" o Terceiro Mundo.[20]

Ailton Krenak, como representante da UNI, recebe um prêmio em Washington, nos EUA, durante um encontro para denunciar as violações de obras financiadas pelo Banco Mundial e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).[21] Pressionado, o BID passa a determinar que o Estado brasileiro adapte os Planos de Ação Provisórios (PAPs) do Programa de Proteção ao Meio Ambiente e às Comunidades Indígenas (PMACI), condicionais do financiamento de obras, ao caráter "pluricultural" e "multiétnico" do país, antecipando as determinações da Constituição Federal de 1988 (Diniz, 1994: 112).

O entrelaçamento das ideias de especificidade cultural, saúde e território, presente nas ações de saúde, do PY à CCPY, ganha corpo no debate nacional, adensando as estabelecidas convergências entre movimentos indígenas e o ideário da Reforma Sanitária (Pontes *et al.*, 2019). As associações entre indígenas, indigenistas e suas organizações têm trilhas traçadas quando acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que delineia o Sistema Único de Saúde (SUS) e na qual se determina a realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1ª CNPSI).

A "equipe de campo" multidisciplinar da CCPY contribui para a 1ª CNPSI com um documento de sua autoria, contando com o auxílio das diversas instituições envolvidas nas ações de saúde (CCPY, 1986: 1). O documento, posteriormente publicado na histórica edição especial da revista *Saúde em Debate* (Selau *et al.*, 1988), termina com a ideia de que a "medida de saúde preventiva básica" é a demarcação do parque e a "proibição" do "contato indiscriminado" com os "brancos" (CCPY, 1986: 26). Ao final do encontro, de acordo com as aspirações de indígenas, da UNI e de ONGs atuantes na saúde, é tomada a decisão de retirar a atenção indígena da competência da Funai, com a proposta de que fosse assumida pelo futuro órgão gestor do SUS e neste centralizada (Langdon, 2004; Santos *et al.*, 2008; Cardoso *et al.*, 2012).

A articulação entre diversos profissionais e instituições relacionados à saúde e o movimento indígena fica clara com a participação da UNI na composição dos painéis da 1ª CNPSI (Entrevista de Ana Maria Costa, 2018). O *Programa de Índio* cobre o evento, promovendo discussões sobre os efeitos epidêmicos dos projetos de desenvolvimento e entrevistando diversas lideranças, como Raoni, profissionais da saúde indígenas e Sergio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).[22] No mês seguinte, a instituição consagra um convênio formal com a CCPY, assinado por Andujar e Arouca em janeiro de 1987 (CCPY & Fiocruz, 1987).

No fatídico ano de 1987 havia uma conjuntura de forças aliadas, entre profissionais, instituições e entidades diversas. Um movimento indígena preocupado em enfeixar a comunicação entre distintos segmentos e regiões do país e fora dele, fornecendo informação crítica e amplificando denúncias. Essa rede trazia a público as perspectivas dos indígenas e indigenistas sobre os acontecimentos, articulava reuniões com políticos, auxiliava na organização de representações perante o Ministério da Saúde, participando de sessões da Câmara e de outros fóruns governamentais. No que diz respeito aos episódios político-sanitários Yanomami, a UNI, associada a representantes de alguns de seus diferentes subgrupos, estreitara relações com pessoas e instituições-chave, incluindo senadores da República e membros do Ministério Público.

Em contrapartida, postos militares e pistas de pouso se multiplicam e penetram a área Yanomami, o que torna mais frequente o contato com os "brancos", mais "ameaçada"[23] sua saúde e abertos os caminhos às invasões que se seguiriam. À frente da Funai estava Romero Jucá, em escalada para o governo do vindouro estado de Roraima e sob a égide do "desenvolvimento" da região.

A Ação pela Cidadania (APC) e o Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (Peasy)

Em meados de 1987, dispara a presença de garimpeiros e mineradoras entre os Yanomami. Afluem para Boa Vista milhares de garimpeiros; instalam-se lojas de ouro, comércio, bares, restaurantes. Diariamente, aviões transitam entre a área indígena e a cidade.

Em pouco tempo, os "índios" rompem a invisibilidade sob a qual viviam diante da sociedade local (Entrevista de Lêda Leitão, 2019). O obstáculo que representavam ao "desenvolvimento" da Amazônia nos conflitos com garimpeiros vira o centro dos debates cotidianos. E eles passam a ter nome – Macuxi, Wapixana, Yanomami –, a articular demandas sobre direitos constitucionais e a exigir ações do Estado (Entrevista de Leda Leitão, 2019).

Em meio a essa ebulição, com efeitos epidêmicos, todos os envolvidos "na proteção cultural e sanitária dos Yanomami", fundamentalmente os membros da CCPY e de missões católicas, são abruptamente retirados da área (Ramos, 1993: 7; Entrevista de Ivone Menegolla, 2018). São alegadas razões de "segurança nacional" naquele espaço de "fronteira", depois que um conflito vitima cruelmente quatro indígenas e culmina na morte de um garimpeiro (CCPY, 1988).[24]

Sem sucesso, Davi Kopenawa, chefe do Posto Indígena Demini, escreve uma carta ao presidente da República, pedindo o retorno de missionários e das equipes de saúde da CCPY:

> A CCPY está disposta a atender em lugares em que outros não vão. (...) Senhor Presidente, seu amigo Davi Kopenawa Yanomami espera que esta carta coloque claramente meu pensamento e aquele de meus parentes. Agora aguardo uma solução definitiva na remoção dos garimpeiros de toda a área Yanomami. (Kopenawa, 1987)

Em uma carta à antropóloga Berta Ribeiro, Maria Gorete Selau, médica da CCPY, descreve a "situação calamitosa" instalada pelas mineradoras, com epidemias de gripe subitamente se espraiando por diferentes regiões. A médica se ressente de sequer mencionarem que aqueles expulsos eram parte de "uma equipe médico-sanitária, com programa diferenciado para populações não contatadas". Um único médico, vinculado à Funai, tinha acesso à área: filho do deputado Mozarildo Cavalcante, firme opositor da causa Yanomami, ele aparecia uma vez ao ano ou após os "massacres", para "fazer a necrópsia" (Selau, 1987).

Com a expulsão, cria-se um vácuo nas informações epidemiológicas, entre 1987 e 1990 (Varga, 1990). Para uma jornalista ativista, relacionada a Albert desde a fundação da CCPY, no lugar de impedir o "genocídio", Jucá tratou de "retirar da área suas testemunhas" (Moreira, 1991: 162; Kopenawa & Albert, 2010).

Convênios rompidos, a CCPY convoca médicos, antropólogos, funcionários e representantes de instituições de direitos indígenas, para juntos criarem estratégias de enfrentamento da situação (CCPY, 1987a). Estavam presentes, entre outros, Ailton Krenak (UNI), Beto Ricardo (Cedi), Manuela Carneiro da Cunha (ABA) e o antropólogo Robin Wright, pelo Indian Law Research Center, instituição com destaque na causa Yanomami (Entrevista de Alcida Rita Ramos, 2019). As deliberações sinalizavam a potência dessa espécie de estado de exceção de direitos vários, em que adoeciam e morriam os Yanomami, para impulsionar uma pauta maior de direitos de povos indígenas no país – como as discussões sobre o texto constitucional – e fora dele, com a participação de indígenas e de suas organizações.

Uma publicação coletiva é projetada para o ano de 1988. A campanha do Parque Yanomami introduzia o volume, seguida de pequenos artigos, entre os quais os de Shelton Davis, Ailton Krenak, Beto Ricardo e Manuela Carneiro da Cunha, um ensaio fotográfico de Claudia Andujar, um relatório de saúde e testemunhos da equipe de saúde e dos Yanomami (CCPY, 1987a). Planeja-se também o documento "Saúde Yanomami 1988", com o objetivo de "alertar a opinião pública" sobre os prejuízos à "autonomia" e saúde dos Yanomami havidos desde o contato mais sistemático, nos anos 80 e, finalmente, "sobre a necessidade de implantação de uma Política de Saúde apropriada à realidade social e cultural dos Yanomami e às suas diferentes situações de saúde/contato" (CCPY, 1987b: 3).

Uma organização rígida e burocrática dos serviços de saúde estaria em completo desacordo com a realidade de povos indígenas, ainda mais se "recém-contatados" (CCPY, 1987b: 4). Para sua efetividade, era preciso "complementar" o modelo assistencial "centralizado", conforme a CCPY classifica a atuação das missões religiosas e da Funai, com aquele "descentralizado", como os integrantes da CCPY definem sua própria atuação, marcada por viagens de campo e pela "mobilidade" (CCPY, 1987b: 4).

O colapso epidêmico estimula Krenak a propor um fórum de saúde indígena, uma espécie de comissão sanitária móvel, para qualificar situações de violação e divulgar seus pareceres nacional e internacionalmente, junto à OMS (CCPY, 1987a). Com essa intenção, entre 1989 e 1991 a UNI chega a criar o Grupo de Trabalho de Saúde Indígena (GTSI), coordenado pelo médico István Varga, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (Varga, 1991). No bojo da crise Yanomami, o GTSI, com constituição multi-institucional, prestaria consultoria ao Banco Mundial, atravessando o plano local e aproximando aspirações do movimento indígena e indigenista das políticas de saúde e de "desenvolvimento" no país.[25]

As invasões se intensificam no território Yanomami. Chegam a ser estimados 40 mil garimpeiros dentro da área. Multiplicam-se as pistas clandestinas e as invasões por via aérea, trazendo pessoas, mantimentos e maquinários para o garimpo. No Toototobi, havia acampamento de prostitutas (Albert, 1991). Ocorrem massacres:

> *Entrou 40 mil garimpeiros. Quem liberou isso foi a autoridade presidente da Funai. [O] presidente da Funai era pra cuidar o meu povo indígena, mas ele não cuidou. O governo, aquele tempo, era governo José Sarney (...) Quando entrou o garimpeiro, entrou a doença: malária, gripe, tuberculose e câncer e outra doença que ninguém conhece. Não tinha doença ainda, lá na terra Yanomami. (...) Fizeram uma pista, assim, 131 pistas clandestinas. Aí começaram a trabalhar, cavar buraco nos igarapés. Aí a sujeira sai, mata peixe, contamina a água. (...) E também mataram 16 Yanomami,[26] com tiro. Então, assim que aconteceu.* (Entrevista de Davi Kopenawa, 2018)

Tão logo expulsos, havia reinvasões, como no Paapiú, onde os garimpeiros estavam autorizados pelo administrador regional da Funai, o mesmo que pressionava as equipes de saúde questionando a presença de "estrangeiros", como Albert (Menegolla, Albert & Costa, 1990: 16). O funcionário utilizava aeronaves de empresários de garimpo para transporte de pessoal e de materiais para as ações de saúde (Francisco *et al.*, 1990; Francisco, 1990).

A invasão garimpeira, a expulsão das equipes de saúde e as epidemias juntam-se a acordos e medidas jurídicas, todos no sentido da disposição de setores do Estado em usurpar terras e minar vidas indígenas, próximo à promulgação da Constituição Federal. Romero Jucá faz um convênio com o Departamento Nacional de Pesquisas Minerais (DNPM), criando "Parques" e "Florestas Nacionais" (Flonas) que podiam ser explorados e garimpados, dentro das terras Yanomami. Nos termos de uma "expropriação ecológica" (Albert, 1992: 51), as Flonas formariam, segundo Romero Jucá, um "cinturão de defesa da integridade física e cultural indígena" (GTI, 1988), um "cinturão verde" (Moreira, 1991: 263).

Com o território Yanomami bloqueado, o médico István Varga é contatado por Ailton Krenak e Claudia Andujar, em São Paulo. Sob disfarce, é levado à área pela Organização de Garimpeiros de Boa Vista (Varga, 1988). Mesmo tendo despertado a desconfiança dos garimpeiros, Varga consegue voltar a Boa Vista com extensas gravações sobre a situação. Dessa forma pouco convencional são, então, reunidas as primeiras informações *in loco* sobre a distribuição dos garimpos e as condições de saúde dos Yanomami durante o estado de exceção (Varga, 1988; Entrevista de István Varga, 2018).

Uma rede já conhecida de atores se mobiliza. Beto Ricardo, Claudia Andujar, dom Aldo Mongiano, Ailton Krenak, Ivone Menegolla, Marcos Pellegrini e Ulisses Confalonieri, ainda com o auxílio do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), compilam um relatório-denúncia que é entregue ao presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Corrupção pelo Centro de Assessoramento às Populações Indígenas Brasileiras (Capib). O dossiê da Capib, intitulado "Corrupção e atuação genocida da Funai", tem anexada a denúncia da "intenção genocida do órgão tutor", elaborada, entre outros, por Menegolla, Pellegrini e Confalonieri (Capib, 1988).

A CCPY, em conjunto com o Inesc, organiza outro relatório sobre o conflito com garimpeiros, apontado como a causa da expulsão das equipes de saúde, com uma sinopse de notícias sobre o período (CCPY, 1988). Como anexo, há uma representação conjunta da CCPY e ABA ao procurador-geral da República.

Tendo as epidemias e violações como temas centrais, a representação induz a Procuradoria-Geral a determinar a visita de uma comitiva da Ação pela Cidadania (APC) à Casa do Índio de Boa Vista (Funai) e à área indígena Yanomami, em junho de 1989 (APC, 1989), poucos meses depois de Davi Kopenawa receber o Prêmio Global 500, da ONU.[27] O grupo constata *in loco* e por meio de depoimentos dos indígenas as violações de direitos e o concerto de forças entre garimpeiros, empresários, setores jurídico, militar e político com atuação e/ou interesse local, voltado para o genocídio dos Yanomami: "[no Paapiú, os garimpeiros] estão destruindo física, moral e culturalmente os habitantes da maloca que se encontra ao lado do campo de pouso" (APC, 1989: 13). Aparentemente sem o controle do governo federal[28] e com leis próprias, a área Yanomami é descrita como um "novo país" dentro do Brasil (APC, 1989: 21).

A APC restaura o acesso à área, reunindo especialistas – muitos que já atuavam ali – em viagens para diagnosticar a situação e atender emergencialmente os indígenas. A divulgação da tragédia, em andamento, mobiliza a sociedade civil e diversos setores do Estado, com destaque para a participação de indígenas e suas entidades cada vez mais organizadas, estimulando a adoção de um plano emergencial para atendê-los.

O *Boletim Yanomami Urgente* de outubro de 1989,[29] "Os índios Yanomami se mobilizam", destaca a participação do Núcleo de Direitos Indígenas (NDI)[30] ao lado da CCPY, da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e da APC, junto ao Ministério Público. Uma comitiva de indígenas da UNI, um médico e um jornalista da *Folha de S.Paulo* vão até os Yanomami, em viagem noticiada pelo *Programa de Índio* (ver o capítulo de Pappiani e o capítulo 13 nesta coletânea).

Logo após a visita, os Yanomami de algumas regiões, como o Demini, Ajuricaba e Catrimani, incluindo Davi, reúnem-se em Boa Vista para exigir a retirada dos garimpeiros de suas terras e o reconhecimento da íntegra de seu território. Não são recebidos pelo governo de Roraima ou pela Funai local.

Após intensas mobilizações locais e articulações nacionais com instituições e indígenas de outros povos, reunidos em Goiânia para uma Assembleia do Cimi, a ação coletiva planeja visitar o Congresso Nacional, o Ministério Público e o presidente José Sarney.[31] Apesar do esforço e das múltiplas manifestações favoráveis, não são recebidos pelo presidente, mas conseguem audiências historicamente inéditas com o Supremo Tribunal Federal e a Procuradoria-Geral da República.

Denunciando também as violações sofridas por outros povos, lideranças e organizações indígenas – "350 lideranças, representando 76 povos e 14 organi-

zações indígenas" (APC, 1990: 20) –, rumam até o Palácio do Planalto e entregam um documento à Câmara e ao Senado. "Pela primeira vez diferentes povos se uniam para se pronunciar em favor de uma causa comum, a causa Yanomami": exigiam a retirada dos garimpeiros, a restituição formal das terras expropriadas e a criação de um "plano emergencial de saúde" para os Yanomami, conforme noticia um jornal local, o *Correio do Brasil*, em 13 de setembro (*Boletim Yanomami Urgente*, 1989).

No Palácio do Planalto encontram as portas fechadas e a força policial, armada com bombas de gás lacrimogêneo e fuzis. Apenas os "brancos" são recebidos. Davi Kopenawa, indignado, coloca embaixo do tapete uma carta em que se exige a imediata retirada dos garimpeiros das terras Yanomami.

O relatório médico de Maria Gorete Selau, sobre a primeira viagem de avaliação da APC, é lido nas audiências. Compilando dados sanitários de diversas origens e períodos, o relatório engrossa a pressão para a intervenção de setores do Estado, reforçando a importância do conjunto de ações de saúde acontecidas nos Yanomami desde a década de 70, desenvolvidas e registradas pela CCPY até a expulsão das equipes. Como diz o médico e indigenista Paulo Daniel Moraes, "a área Yanomami começou a ter dados bem claros, inclusive da situação de genocídio, a partir da presença de equipes que tinham permanência e tinham efetividade em área" (Entrevista de Paulo Daniel Moraes, 2019).

Os dados demonstravam com consistência que, mais do que o contato, era o contato com os garimpeiros o fator decisivo para as taxas de infecção (Pithan, Confalonieri, & Morgado, 1991). Na Casa de Saúde Indígena (Casai), em Boa Vista, durante os três anos de exceção o número de pacientes Yanomami internados com malária subiu 500%. Mais da metade dos indígenas atendidos ali sofria de mais de uma doença (Pithan, Confalonieri & Morgado, 1991: 569). Os estudos epidemiológicos demonstravam que o garimpo era "injustificável, sob o ponto de vista da saúde pública" (Confalonieri, 1990: 32), contrariando a proposta formalizada de criar as tais reservas, que Sarney tentaria efetivar até o final de seu mandato (APC, 1990: 21, 27).

Os Yanomami estavam em colapso. Suas terras e águas, em ruínas: elevada mortalidade, principalmente infantil (Confalonieri, 1990: 32), malária, "a pior do Brasil, que não tratava com nada" (Entrevista de Marcos Pellegrini, 2019), acentuada pela desnutrição, pelo envenenamento por mercúrio e pelo aniquilamento de recursos de subsistência.

A tragédia gera uma nova denúncia contra o governo brasileiro na Comissão dos Direitos Humanos do Conselho Econômico e Social da ONU (Do Pateo, 2014). Ela é preenchida de epidemias e mortes potencializadas pelo lugar dos Yanomami no imaginário transnacional pregresso, o de povo numeroso, de pouco contato e constantemente ameaçado, agora um oportuno "eco do interesse internacional do exotismo", alimentado por pesquisadores e jornalistas, como diz Ramos (Entrevista de Alcida Rita Ramos, 2019).

No centro de um debate sociopolítico transnacional, a "questão Yanomami" se converte no paradigma de violações a direitos de povos indígenas, com impactos sobre suas condições de saúde e, no limite, de existência. As pressões nacionais e internacionais mediadas pelos diagnósticos e denúncias associados à APC, compostos no bojo de uma tão intensa quanto pregressa mobilização dos movimentos indígena e indigenista, impelem à adoção paralela do Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (Peasy).

Antes do final de 1989, o Peasy começa a ser organizado pelo Ministério da Saúde e pela Funai (Varga, 1990). Agora sensibilizado com a situação Yanomami, Sarney solenemente anuncia a liberação dos recursos para o "plano multi-institucional", composto pelas mesmas entidades anteriormente expulsas da área: "esse é um plano de mutirão que vai justamente juntar não só órgãos do Governo como também sociedades privadas, como missões religiosas e todos aqueles que se interessam pelo problema indígena do nosso País" (Sarney, 1989: 7.849).

Um decreto ordena a "retirada gradativa" dos garimpeiros, com "atendimento médico imediato" aos indígenas, "dizimados por uma epidemia de febre silvestre" (Julho, 1989). O Peasy deveria durar ao menos três meses, até que "um plano permanente de assistência sanitária àquelas comunidades" fosse implantado (Funai, 1990: 9).

A Funai, que não era protagonista nas ações de saúde multi-institucionais pregressas, durante a *emergência* Yanomami se considerava a principal, se não a única, responsável pela elaboração e coordenação do plano (Funai, 1990). A continuidade das ações do Peasy é proposta sob a forma de um Plano de Atenção à Saúde das Comunidades Indígenas Yanomami, apresentado ao Ministério da Saúde como "elaborado por técnicos da área de saúde da Funai" (Funai, 1990: 1). Nos dois primeiros meses do plano, diz o documento, Funai, Sucam e a Ação pela Cidadania – o que compreendia, por exemplo, os profissionais da CCPY e os missionários da Consolata, não citados ao longo do documento – haviam sido as responsáveis pelo atendimento (Funai, 1990).

Dentro do plano, os membros das equipes de saúde deveriam "ter conhecimento da visão cultural indígena sobre a doença e respeitar sua terapêutica tradicional" (Funai, 1990: 12). Quem seriam, e de onde vinham essas ideias? Esse modo de atenção não foi *criado* durante o Peasy. Como o primeiro distrito, ele *emerge* naquela situação emergencial, sendo proveniente de instituições, ações de saúde pregressas e pessoas que, como parte dos movimentos indígena e indigenista, atuam no Peasy (Sobre a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, em geral, ver capítulo de Pontes nesta coletânea).

Apesar da grande mobilização – eram centenas de profissionais, de diferentes regiões do país, distribuídos pelas equipes (Entrevista de Ulisses Confalonieri, 2018) –, o Peasy reproduzia o caráter multi-institucional e multiprofissional (Varga,

1990: 3) característico das ações de saúde da CCPY até então. As equipes contavam usualmente com médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, laboratorista, eventualmente um guarda sanitário da Sucam, intérprete/assessor antropológico, como Bruce Albert, Alcida Ramos, Carlo Zacquini, Davi Kopenawa e outros Yanomami. Sobre Albert, o médico István Varga diz que efetivamente fez parte da equipe, tornando o atendimento mais ágil e auxiliando na superação de "situações críticas" (Varga & Montejano, 1990: 3).

Como as equipes chegaram anos após a invasão, os impactos sanitários eram apenas estimados. Os atendidos pelo Peasy foram não mais do que os sobreviventes (Varga, 1990: 3). Por onde iam, havia "funerais", conta Pellegrini: "a gente chorava todo dia (...) eu encontrava mulheres que tinham 7 filhos, morreram 5, sobraram 2. Elas me viam e começavam a chorar. E às vezes, você estava lá à noite e era hora de chorar os mortos" (Entrevista de Marcos Pellegrini, 2018). O trabalho, em certo momento, era "contar morto" (Entrevista de Ivone Menegolla, 2018).

Em março de 1990, o Relatório de Saúde, de Confalonieri, é apresentado no Senado Federal, em uma reunião para avaliação do plano e elaboração de recomendações (Peasy, 1990). O objetivo continua sendo a implantação de um programa de saúde permanente. Em meados de 1990, assume o ministro da Saúde do governo Collor, compondo um grupo de trabalho que reforça tal intenção, com a participação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (FNS, 1991: 28).

Contudo, aos quatro meses do novo governo, a situação dos Yanomami permanecia crítica. Com ações consideradas "exibicionistas", como a pirotécnica explosão de pistas de pouso de garimpo em maio de 1990, Collor não fazia mais do que "acalmar os ânimos internacionais" contra o "genocídio Yanomami" (Porantim, 1990a, 1990b). Às vésperas da Eco-92, o Instituto Socioambiental edita no volume referente a 1987-1990 da Série Povos Indígenas no Brasil um capítulo sobre Roraima, tratando o genocídio Yanomami como estratégia de Estado e de setores político-empresariais do país, em nome da "segurança nacional" (PIB, 1991).

Enquanto o governo resistia à desintrusão, alegando falta de recursos, a CCPY mantinha a tradição e habilidade de captá-los externamente. Sem contar com o apoio do Ministério da Saúde, aciona o Ministério Público Federal para avalizar a canalização de dinheiro da estatal inglesa Overseas Development Agency (ODA) para uma ação de saúde "mais duradoura na área", dada a pequena abrangência do Peasy (CCPY, 1990).

O Plano Emergencial e os atendimentos continuariam, como possível, até a implementação formal do Distrito Sanitário Yanomami (FNS, 1991).

A *emergência* do primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena

O Projeto Saúde Yanomami (FNS, 1991: 28) é mais concretamente discutido em uma oficina de pré-operacionalização ocorrida em Manaus entre janeiro e fevereiro de 1991 (PSY, 1991; *Boletim Yanomami Urgente*, 1991b). Ao lado de Davi Kopenawa estavam representantes da CCPY, de outras ONGs, missões religiosas e, como observadoras, duas ONGs alemãs, como a Sociedade para os Povos Ameaçados.

A implementação do projeto exigia a resolução de problemas com recursos humanos e financeiros e a publicação do documento interministerial de transferência das competências entre Funai e Ministério da Saúde. Oneron Pithan, antigo médico da Funai e principal responsável pelo levantamento sanitário dos Yanomami na Casai (Pithan, Confalonieri & Morgado, 1991), durante o período de exceção em que estes ficaram sem atendimento, seria nomeado diretor substituto da Sucam, passando a coordenar formalmente o PSY, junto com Ivone Menegolla.

No projeto aparece não o termo "distrito", mas "Sistema Local Especial de Saúde da Área Yanomami" (Slesay) (Sobre a estratégia dos Sistemas Locais de Saúde, Silos, ver capítulo de Pontes nesta coletânea). Considerando a descrição das ações de saúde feita até aqui, seus contornos sugerem não mais que um rearranjo de pessoas e instituições, sob novos nomes. A estrutura é explicada por meio de organogramas, com as diversas instituições, propostas de distribuição de competências e suas interconexões (PSY, 1991).

Em sua proposta preliminar, a coordenação regional do Sistema Local estaria a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FNS, hoje Funasa), feita por uma equipe técnica multi-institucional e por uma comissão consultiva comunitária, formada pelas instituições atuantes em área, sem mencionar indígenas. Essa comissão seria responsável pela articulação interinstitucional e por avaliar as ações quanto à sua adequação técnico-científica.

Segundo o organograma, a direção central ficaria a cargo de três instâncias, com peso paritário e sem hierarquia aparente. Uma delas era um órgão consultivo denominado Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi), destinada a articular setores e a harmonizar doutrinariamente as diferentes instâncias na execução tanto desse como de outros projetos de saúde indígena (Sobre a Cisi e a participação indígena, ver capítulo de Diehl nesta coletânea.).

Regionalmente, uma equipe técnica multi-institucional tratava do "suporte logístico, operacional e execução do Projeto". A respeito dos antagonismos afetivo-administrativos entre Ministério da Saúde e Funai, nota-se que a Funai Boa Vista era não mais do que um "ponto de apoio" daquela equipe, ocupando um quadro logo abaixo, com proporções marcadamente menores (PSY, 1991).

Associando, de maneira complementar, atuação centralizada e descentralizada, o Sistema Local propriamente dito seria formado pela "unidade mista Urihi[32] Yanomami", responsável pelo atendimento médico-hospitalar, pela "coordenação da atuação das equipes volantes" e pelo apoio logístico, em intercâmbio com diferentes "bases de operação nos polos". Unidades "simplificadas", os polos são "pontos de apoio" para as equipes volantes de saúde. A Coordenação Regional e o Sistema Local, ambos internamente constituídos por inter-relações entre instituições diversas, deveriam atuar em sinergia.

Em fevereiro de 1991, por meio do decreto n. 23, os "distritos sanitários de natureza especial" são formalizados, consideradas "as especificidades das diferentes áreas e comunidades indígenas" (Brasil, 1991a). A competência dos cuidados em saúde é transferida da Funai para o Ministério da Saúde.

Em abril de 1991, uma portaria interministerial aprova o "projeto de saúde Yanomami", a ser operado pelo assim formalmente criado Distrito Sanitário Yanomami (DSY). Em seguida, a área Yanomami é judicialmente interditada. Ainda em abril, o Núcleo de Direitos Indígenas (NDI) encaminha à Coordenadoria de Defesa dos Direitos e Interesses das Populações Indígena do Ministério Público Federal um relatório de Alcida Ramos e Ivone Menegolla, já pela FNS, descrevendo a situação de "calamidade" no Auaris, a "pandemia de malária" (NDI, 1991: 1) e reforçando a premência da adoção de um programa de saúde no qual as equipes tivessem maior permanência durante os surtos, mas com mobilidade suficiente para tratar os Yanomami "sem juntar comunidades que se querem separadas" (CCPY, 1991a: 8). No relatório, as autoras enfatizam o impacto nocivo do trânsito de garimpeiros pela área indígena, capaz de contaminar comunidades de diversas sub-regiões de seu território, ainda que estivessem distantes dos pontos de garimpo (CCPY, 1991a).

Em novembro de 1991, nove órgãos governamentais e representantes das universidades do Amazonas, do Pará e de Brasília, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e da CCPY reúnem-se em Manaus, onde acordam algumas condições essenciais ao planejamento do Sistema Local Especial de Saúde Yanomami (Slesy) (*Boletim Yanomami Urgente*, 1991a). A primeira delas era a demarcação do Parque Yanomami, seguida pela eliminação do garimpo e revogação dos decretos que fragmentavam o território Yanomami, criando as reservas garimpeiras.

Os referidos órgãos, universidades e organizações propunham a criação de um conselho consultivo permanente, devido à multi-institucionalidade, para otimizar a comunicação entre órgãos federais, ONGs e lideranças Yanomami (*Boletim Yanomami Urgente*, 1991a). As áreas de atuação de cada instituição mantêm-se respeitadas no Sistema Local Especial de Saúde (Siles). A CCPY, com o Projeto de Saúde Demini. As missões religiosas, permanecendo em suas "capitanias", como define Lobo (Entrevista de Stella Lobo, 2018).

Entre os objetivos do Siles estão, em primeiro lugar, o "respeito pela integridade da organização política e social e pela autonomia cultural dos Yanomami" e "pelas tradições intermitentemente nomádicas dos Yanomami, evitando-se a imposição de assentamento permanente" (*Boletim Yanomami Urgente*, 1991a).

Em novembro, o Sistema Local Especial de Saúde Yanomami é anunciado em Roraima pelo ministro da Saúde Alceni Guerra e pelo presidente da Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp), do Ministério da Saúde (*Boletim Yanomami Urgente*, 1991a).

Não pode ser esquecida a disposição, naquele momento, do Banco Mundial em organizar iniciativas de saúde para povos indígenas, fruto daquelas mobilizações pregressas, a exemplo também do GTSI (Entrevistas de Luiza Garnelo, 2018, e Alcida Rita Ramos, 2019). Segundo Ramos, Collor de Mello "foi chamado a Washington" e repreendido por representantes do BID (Entrevista de Alcida Rita Ramos, 2019).

O DSY *emerge* nessa aproximação entre opinião pública, lideranças indígenas e gestores do banco. Ao revisar sua Diretriz Operacional, o BID admite formalmente os graves impactos das obras por ele financiadas sobre povos indígenas. São abertas linhas de apoio a "tradições e culturas" relacionadas a "meio ambiente, direito à terra e serviços de saúde", tendo povos indígenas afetados nas terras baixas sul-americanas como beneficiários preferenciais (Martinez, 2005: 270). Pouco mais tarde, Shelton Davis, ativista da causa Yanomami apresentado pelo BID como seu "sociólogo", celebra o fato de que o diálogo entre a entidade e povos indígenas estava já iniciado (Davis, 1993: 9).

Com financiamento da Survival International, do Museum of the American Indian, ligado ao Smithsonian Institute, e de outras entidades relacionadas a "assuntos indígenas e de meio ambiente", Davi Kopenawa e Claudia Andujar conversam com representantes do BID em abril de 1991, entre encontros com representantes da ONU e da OEA e conferências em universidades norte-americanas (*Boletim Yanomami Urgente*, n. 17, abr. 1991a). Os Yanomami também recebem a visita de um antropólogo do banco, no âmbito do Projeto de Controle de Malária na Bacia Amazônia, o PCMAM[33] (CCPY, 1991c; Entrevista de Luiza Garnelo, 2018), para discutir com a FNS o financiamento de atividades de saúde na área (Loiola, Silva & Tauil, 2002: 238). Seu relatório confidencial deixa avaliações e recomendações expressas relacionadas à implementação do Distrito de Saúde Yanomami (CCPY, 1991c).

Durante a Eco-92, sob os olhos e pressões transnacionais, a demarcação da TI Yanomami, interditada um ano antes, em paralelo à criação formal do primeiro distrito, é anunciada pelo presidente Collor de Mello.

Sobre *cartas* e *emergências*: de antes a depois da política de saúde indígena

> *Foi assim que o homem branco não parou mais de nos contaminar e é por isso que tantos yanomami morrem. Agora nós não queremos continuar morrendo de epidemias, estamos com muito medo do perigo das epidemias. Agora nós só queremos morrer de velhice.*
>
> Lourival, xamã da comunidade do Demini, 1996

Uma sucessão de situações descritas como emergenciais atravessa o duradouro processo de *emergência* do Distrito Sanitário Yanomami. A potência das *epidemias Yanomami*, tomadas como o centro de debates e embates sobre saúde e território, desde meados da década de 1970, articula circunstancialmente e de diferentes formas campos, agentes e instituições transnacionais. Entre os mais permanentemente envolvidos, muitos transitam entre diferentes esferas e instituições ao longo do tempo, contribuindo para uma aproximação ainda maior dos fluxos locais e globais daquelas ações coletivas. Por essa via são produzidas, entre outras, condições sociopolíticas que impulsionam o reconhecimento formal do primeiro distrito sanitário indígena do país.

Nesta análise adentrei sucessivas ações de saúde e território, detalhando múltiplos atores, perspectivas convergentes e divergentes diante da potente "causa Yanomami". Em uma reconstrução sobre ações de saúde remetida pelo menos à década de 70, procurei recuperar algo sobre o que seria um tal modelo de atenção voltado para as "peculiaridades de cada comunidade" indígena, ausente das abreviadas normas que *criam* o distrito (Brasil, 1991a, 1991b).

Seu planejamento diz predominantemente sobre as ações pregressas de saúde que, não se restringindo à CCPY mas por esta enfeixadas, alcançam uma extensa rede transnacional e multidisciplinar à qual estavam articulados agentes com destaque na organização, como uma "fotógrafa-ativista", um missionário, os antropólogos Bruce Albert e Alcida Ramos, uma grande liderança indígena e muitos sanitaristas. Na singularidade de suas ações em saúde e território, todas essas competências profissionais, entre outras que não pude tratar aqui – notadamente as de Andujar, que circula e articula universos, de galerias de arte internacionais, poetas e sanitaristas a gabinetes militares[34] –, misturavam-se.

A *emergência* do DSY, nos dois sentidos abordados, torna-se um paradigma capaz de atravessar esferas, instituições e povos, com uma determinada "vida ativa social" (Abu-Lugod, 2010). Como "crise", "tragédia", "questão", "emergência" ou "desastre", os Yanomami e o primeiro distrito são transversais e alimentam as dis-

cussões e mobilizações posteriores de movimentos indígenas e indigenistas voltados para a construção e o encorpamento jurídico da política de saúde indígena no Brasil. Sua materialidade jurídico-formal, mais que o próprio distrito – imerso em crises político-administrativas logo após sua formalização (Magalhães, 2001a; Guimarães, 2015) –, pode ser considerada um marco para a possibilidade de reorganização da atenção à saúde indígena no Brasil.

Confalonieri (1989: 41), que, no ápice da invasão garimpeira, propõe a "distritalização diferenciada", atribui à "questão Yanomami" o impulsionamento da conturbada transição do atendimento sanitário da Funai para a FNS, agência vinculada ao Ministério da Saúde, o que era também uma aspiração anterior do movimento indígena (Krenak *et al.*, 1988). A "tragédia [Yanomami] foi um detonador daquilo", diz o sanitarista (Entrevista de Ulisses Confalonieri, 2018).

Concordando com a ideia de que essa transferência se deveu ao "desastre" Yanomami, Varga sumariza as condições que fariam do DSY um caso modelar, daí por diante, todas elas exploradas ao longo deste texto: a "articulação interinstitucional, pela participação do movimento indígena, ativo desde o início da negociação, a presença de uma ONG, antropólogos e uma atenção internacional" (Entrevista de István Varga, 2018).

"Foi a crise Yanomami que fez isso sair", relata Pellegrini sobre a 2ª Conferência Nacional de Saúde Para os Povos Indígenas, acontecida em 1993 com metodologia amplamente participativa, dois anos após a criação formal do primeiro distrito (Entrevista de Marcos Pellegrini, 2018). Por sua vez, as duas primeiras conferências nacionais de Saúde Indígena, ocorridas em 1986 e 1993, não deixam de ser as primeiras grandes mobilizações indígenas nacionais, tendo contribuído para a consolidação do movimento indígena no Brasil (Entrevista de Marcos Pellegrini, 2019).

Na 2ª Conferência, o DSY foi um referencial, principalmente para a Amazônia. De acordo com Paulo Daniel Moraes, sua existência, "com recurso" e "legalizado", mostrava que era possível fazer o mesmo em outros lugares, ainda que houvesse discussões acaloradas sobre especificidades regionais, com relação a povos do nordeste, do sul e do sudeste do país: "[o DSY] abriu várias portas, tanto em termos de concepção, mas até da própria possibilidade de ter esse instrumento político, que é o distrito" (Entrevista de Paulo Daniel da Silva Moraes, 2018).

O primeiro distrito também se espraia. Sua existência formal e orçamentária influencia a consolidação do Distrito Sanitário Leste Roraima (Entrevista de Paulo Daniel da Silva Moraes, 2018). De sua ramificação administrativa para os Yanomami do Amazonas, sob a gestão da médica e antropóloga Luiza Garnelo, o DSY se capilariza em resposta a demandas de outros povos indígenas do Amazonas, não formalmente contemplados por programas de saúde (Entrevista de Luiza Garnelo, 2018).

As "epidemias Yanomami" impulsionam planos e ações de saúde, contribuindo para a *emergência* do primeiro distrito, naquele momento, lugar e povo, e não em outros. Por outro lado e de maneira mais ampla, o DSY impulsiona episódios e ideias caros à construção de um modelo de atenção e da própria Pnaspi. Sua proposta é tecida desde meados da década de 1970, pontuada pela exigência Yanomami de que sua geopolítica fosse considerada na estruturação das equipes e ações multidisciplinares de saúde, medicinas fossem postas em diálogo, mecanismos de participação social fossem esboçados e informação para um monitoramento epidemiológico específico fosse produzida (Moreira, 2002: 104).

A lei 9.836, ou Lei Arouca, é promulgada muito mais tarde, em 1999. O que argumento com relação ao DSY não deixa de ser válido para a própria Pnaspi. Ela não é *criada*, mas *emerge*, como resultado de semelhantes condições sociopolíticas aqui parcialmente analisadas, do ponto de vista do DSY e das epidemias Yanomami.

Neste percurso, procurei salientar a participação de movimentos indigenistas e indígenas, de diferentes povos e lugares, reconhecidos mas usualmente pouco qualificados na bibliografia disponível sobre a história da saúde indígena no Brasil. Explorei as epidemias e a potência transtemporal da questão Yanomami como centro da análise, mostrando como, para além de presidentes, também povos, organizações e lideranças indígenas passam a escrever suas próprias "cartas" sobre saúde e território a diferentes instâncias de representação dos Estados nacionais, alcançando efeitos práticos e jurídicos.

Mais do que nunca, é preciso que estas "cartas" sejam lidas pelos agentes de políticas públicas e pelo Estado. Hoje, elas nos contam sobre (re)invasões garimpeiras e *emergências* indígenas, seja pelos efeitos desiguais da gestão estatal da pandemia, seja pela eclosão de suas vultosas mobilizações país afora, com expressão judicial (*Pontes et al.*, 2021).

Passadas três décadas da paradigmática *emergência* Yanomami e de tantos outros povos, como da *emergência* de suas mobilizações em aldeias, comunidades e cidades Brasil afora, voltadas para uma conquistada política de saúde indígena, como demonstrei aqui, persistem sua potência e duplo sentido:[35]

> Porque o nosso, o presidente do Brasil, ele não está valorizando o meu povo Yanomami e Yek'wana, Macuxi, Wapichana, Ingarikó, Wai-Wai, Waimiri-Atroari e outros povos indígenas do nosso país. É por isso que nós estamos chamando atenção para a autoridade respeitar, respeitar o meu povo Yanomami. *Respeitar a sua lei também. Respeitar a sua lei!* (Kopenawa, 2019, destaques meus)

Notas

[1] Este capítulo foi preparado no âmbito do projeto de pesquisa Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas, com financiamento concedido a Ricardo Ventura Santos pela Wellcome Trust/UK (projeto n. 203486/Z/16/ Z). A autora foi bolsista de pós-doutorado do Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD/Capes), no Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz, de dezembro de 2018 a novembro de 2020. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer Conep n. CAAE 61230416.6.0000.5240); informações adicionais sobre o projeto de pesquisa estão indicadas no texto de Apresentação desta coletânea.

Foram usados os acervos da Comissão para a Criação do Parque Yanomami (CCPY) e outros documentos sobre o período analisado, depositados no Centro de Documentação Indígena (CDI) da Missão Consolata, na cidade de Boa Vista, RR; documentos dos acervos do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), da Operação Anchieta (Opan, agora Operação Amazônia Nativa), do Instituto Socioambiental (ISA), da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), arquivos digitais disponíveis para consulta pública sobre o *Programa de Índio*, produzido pelo Núcleo de Cultura da União das Nações Indígenas (UNI), e *Diários do Congresso Nacional*, além de arquivos pessoais de antropólogos e sanitaristas doados ao Projeto Wellcome. A visita à exposição e ação fotográfica *Yanomami: a luta continua*, de Claudia Andujar, inaugurada em dezembro de 2018 no Instituto Moreira Salles de São Paulo, contribuiu para a análise. Em março de 2019, na cidade de Boa Vista, RR, houve a imersão nos arquivos do CDI, conversas informais com Carlo Zacquini e Paulo Daniel Moraes e o acompanhamento dos indígenas nas manifestações nacionais contra a municipalização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, então proposta pelo governo. As entrevistas utilizadas neste capítulo foram feitas com os seguintes sujeitos: Marcos Pellegrini, Alcida Rita Ramos, Carlo Zacquini, Ana Maria Costa, Leda Leitão, Ivone Menegolla, István Varga, Ulisses Confalonieri, Stella Lobo, Luiza Garnelo, Paulo Daniel da Silva Moraes. Para outras informações sobre os entrevistados citados ao longo deste capítulo, ver Apêndice deste volume.

Agradeço a todos os leitores-pareceristas, especialmente a Luiza Garnelo, por suas sugestões cruciais. A Carlo Zacquini não tenho como retribuir as conversas e o apoio permanentes, permitindo-me generosamente "usar e abusar" do acervo do Centro de Documentação Indígena (CDI) da Consolata, em Boa Vista, RR, com a ajuda inestimável dos pesquisadores Marcos Cunha Macuxi e Esther Ferrer.

[2] Esse uso metodológico de epidemia como categoria analítica que permite acessar o caminho da produção do conhecimento foi inspirado na abordagem utilizada por Rosanna Jane Dent e Ricardo Ventura Santos (ver capítulo de Dent e Santos nesta coletânea).

[3] O Intersalt (1984), do National Heart Lung and Blood Institute (EUA), foi um estudo comparativo internacional, com protocolo comum, sobre as relações entre a pressão arterial e a ingesta de sódio e potássio por diversos segmentos populacionais pelo globo.

[4] Durante a "invasão garimpeira" Chagnon publica seu artigo "Life histories, blood revenge, and warfare in a tribal population" na revista *Science* (Chagnon, 1988), alimentando debates

transnacionais tendo cientistas e os Yanomami como centro, em parte espelhados na polêmica sobre o livro *Darkness in El Dorado*, do jornalista Patrick Tierney (2000). O intenso debate, com a participação de membros da CCPY e redes de pessoas e instituições colaboradoras, como Alcida Ramos, Bruce Albert, Leda Leitão, Stella Lobo e Manuela Carneiro da Cunha, pela Associação Brasileira de Antropologia, merece um estudo em separado (CCPY, 2002).

[5] Davi recebe a premiação em janeiro de 1989, mas é laureado no ano de 1988 (Kopenawa & Albert, 2010).

[6] Segundo Alcida Rita Ramos, essa gestão do órgão logo se encerraria, juntamente com os projetos de saúde (Entrevista, 2019).

[7] É quando acontece o evento do Teatro da Universidade Católica de São Paulo (Tuca), considerado como mito de origem da CCPY (Zacquini, comunicação pessoal).

[8] Entre aspas, mantenho o termo "nação" porque consta de muitos documentos do período. Polissêmico, aparece nos materiais da CCPY, na denominação da UNI, mas também em registros de agentes institucionais do Estado e poderes locais, para os quais, a depender do contexto de interesse, os Yanomami podiam ser não mais que meia dúzia de tribos indígenas (Ramos, 1979) ou numerosos o bastante para fundar uma nação independente, ameaçando a segurança e a soberania nacionais.

[9] Em 1979, o Conselho Indigenista Missionário publica, junto com a CCPY e a Comissão Pró-Índio de São Paulo, a proposta do parque (CCPY, CPI-SP & Cimi, 1979). Em 1981, é a vez do Anthropology Resource Center (ARC), fundado por Shelton Davis em 1975. O título apela a uma ação coletiva: "The Yanomami Indian Park: a call for action" (ARC, 1981).

[10] A Funai, pouco mencionada nos documentos e estudos sobre ações de saúde do período, tem atuação paradoxal. Considerando seus diferentes presidentes, departamentos e funcionários, em mesmos ou diferentes momentos, eles podem ter contribuído tanto para a construção de ações de saúde específicas quanto para a aniquilação de direitos, territórios e vidas indígenas. Sobre seus convênios de saúde, ver os capítulos de Verdum e Selau nesta coletânea.

[11] Baruzzi era então "presidente da Ceasci (Comissão Especial de Assuntos de Saúde em Comunidades Indígenas – Min. Saúde)" (CCPY, 1981a: 1).

[12] Em meio a instabilidades burocráticas, Brando é contratado pela Funai logo após a realização do levantamento. Ele registra a existência de um grupo de trabalho na Funai para a elaboração de um projeto de saúde, o "plano de apoio e assistência aos índios Yanomami", "mas vários coronéis e burocratas fazem parte do GT" e apenas ele e "duas antropólogas já tinham estado em área" (Brando, 1985: 92). Sua morte prematura na área Yanomami, em 1982, é lamentada pela presidência da Associação Brasileira de Antropologia e anunciada por revistas e boletins internacionais (Garcia, 1983).

[13] Geógrafa de formação, atuou como diretora científica do Docip (Centro de Documentação, Pesquisa e Informação dos Povos Autóctones) de 1990 a 2013. Disponível em: <www.docip.org/fr/docip/organisation/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

[14] Trata-se de Loretta Emiri, autora de publicações e exposições, que mantém entre os Yanomami um trabalho linguístico e pedagógico de grande expressão.

[15] Os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (Nisis) são formalmente criados pela portaria n. 540 da Fundação Nacional de Saúde, de 18 de maio de 1993.

[16] Disponível em: <http://ikore.com.br/programa/programa-de-estreia/>. Acesso em: 18 jun. 2019.

[17] Disponível em: <http://ikore.com.br/programa/casos/>. Acesso em: 18 jun. 2019.

[18] Alguns desses programas estão sumarizados em: <http://ikore.com.br/programa/retrospectiva-yanomami/>. Acesso em: 18 jun. 2019.

[19] Disponível em: <http://ikore.com.br/programa/assembleia-yanomami/>. Acesso em: 18 jun. 2019.

[20] O documentário *Banking on Disaster*, de John Adrian Cowell, mostra os protestos em Washington, na Conferência dos Cidadãos, acontecida entre 25 e 30 de setembro de 1986, e Chico Mendes conversando pela primeira vez com representantes do BID. O documentário compõe a série A Década da Destruição, depositada na íntegra na Casa de Oswaldo Cruz (COC) <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/decada-da-destruicao>. Acesso em: 22 jan. 2021.

[21] Disponível em: <http://ikore.com.br/programa/ailton-krenak-nos-eua>. Acesso em: 18 jun. 2019.

[22] Disponível em: <http://ikore.com.br/programa/saude/>. Acesso em: 18 jun. 2019.

[23] Disponível em: <http://ikore.com.br/programa/parque-yanomami/>. Acesso em: 18 jun. 2019.

[24] O governador de Roraima diz à TV que não pode permitir garimpeiros em área indígena, mas tampouco admitir estrangeiros, fossem religiosos ou antropólogos. Conclui atacando a criação do Parque Yanomami, por estar em região de fronteira (CCPY, 1988).

[25] O GTSI colabora na organização do seminário A Saúde do Índio, o SUDS e a Nova Constituição e do 6º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, em 1989 (Varga, 1991). No 6º Simpósio é apresentada a moção n. 5, propondo a "incorporação da saúde do índio pelo SUS", segundo as "indicações gerais da Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio" e franqueando seu direito a uma atenção "integral", "diferenciada", considerando os múltiplos determinantes de sua saúde e reconhecendo "sistemas de saúde próprios de cada grupo" (Brasil, 1989: 188-189).

[26] Referência ao Massacre de Haximu (1993), quando garimpeiros brasileiros, em dois ataques a comunidades Yanomami na Venezuela, matam cinco homens, três mulheres, duas moças e seis crianças. Os adultos com tiros, também mutilados ou esquartejados por terçados, com os quais golpeiam fatalmente as crianças, entre elas um bebê. Uma idosa cega foi morta a pontapés (Albert, 1993). Após intensa disputa jurídica, o genocídio foi reconhecido no Supremo Tribunal Federal, em 2000 (CCPY, 2002).

[27] Por demanda dos indígenas relacionada a violências e invasões de posseiros e da Polícia Militar, a comitiva visita também a área indígena Raposa Serra do Sol (APC, 1989).

[28] Em janeiro de 1989, uma equipe do Ministério da Justiça já havia informado o presidente José Sarney sobre as violações constatadas mais tarde pela APC (APC, 1989: 22, 34).

[29] Daqui por diante utilizo como fonte central o *Boletim Yanomami Urgente* n. 10, de 25 de outubro de 1989 (*Boletim Yanomami Urgente*, 1989).

[30] O NDI, sediado no Distrito Federal, é uma das organizações não governamentais que, ao lado do Cedi, dariam origem ao Instituto Socioambiental (ISA).

[31] As manifestações e audiências acontecem entre 11 e 14 de setembro de 1989 (APC, 1990: 20).

[32] *Urihi* é a "terra-floresta" originada pela queda do céu dos tempos primordiais e onde atualmente vivem os Yanomami (Kopenawa & Albert, 2010: 841). O termo dá nome também aos boletins periódicos editados pela CCPY entre os anos de 1985 e 1993, e a partir de 1999 designa a ONG Urihi Saúde Yanomami, que passa a atender os Yanomami como conveniada, sucedendo a gestão direta do DSY pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Em 2004 o convênio chega ao fim, em razão das novas diretrizes adotadas pela fundação. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/es/Not%C3%ADcias?id=12408>. Acesso em: 15 fev. 2021.

[33] Referência ao Amazon Basin Malaria Control Project, com origem no acordo de empréstimo BRA/3072, no valor de 99 milhões de dólares, para serem aplicados em cinco anos (1989-1993).

[34] Não tenho como tratar aqui da potência notável revelada por Andujar, comparável àquela xamânica, para "traduzir mundos", atuar e transitar entre eles, traço incansável que se mantém contemporaneamente, com a expo-ação transnacional *Yanomami: a luta continua*.

[35] Até o dia 26 de julho de 2021, eram 163 povos indígenas atingidos pela Covid-19 no Brasil, com 1.142 mortes registradas pelas organizações indígenas, em tempo real. Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/>. Acesso em: 26 jul. 2021. A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) e alguns partidos políticos (PSB, Psol, PCdoB, Rede, PT e PDT) tiveram a Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF n. 709) contra o governo acolhida pelo Supremo Tribunal de Justiça (STF), diante das "falhas e omissões no combate à epidemia do novo coronavírus entre os povos indígenas brasileiros" e do "risco real de genocídio" (Apib, 2020). Entre as medidas demandadas, estão a adoção de um "plano voltado à proteção dos povos indígenas em relação ao avanço da pandemia do novo coronavírus" e a desintrusão da TI Yanomami, invadida por cerca de 20 mil garimpeiros. Com seis indígenas mortos pela Covid-19 e duas mortes supostamente cometidas por garimpeiros, os Yanomami e Ye'kwana tiveram sua denúncia contra o governo do Brasil acolhida pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), vinculada à Organização dos Estados Americanos (OEA), no sentido de assegurar sua saúde durante a pandemia. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/07/20/coronavirus-amazonia-governo-bolsonaro.htm>. Acesso em: 21 jul. 2020.

Referências[1]

ABU-LUGHOD, L. The active social life of Muslim human rights: a plea for ethnography, not polemic, with cases from Egypt and Palestine. *Journal of Middle East Women's Studies*, 6(1): 1-45, 2010.

AÇÃO PELA CIDADANIA (APC). *Roraima: o aviso da morte*. Relatório sobre a viagem da Comissão da Ação pela Cidadania ao Estado de Roraima, entre 9 e 12 de junho de 1989. São Paulo: CCPY, Cedi, Cimi, 1989.

AÇÃO PELA CIDADANIA (APC). *Yanomami: a todos os povos da terra.* Segundo relatório da Ação pela Cidadania sobre o caso Yanomami, referente aos acontecimentos do período junho de 1989 a maio de 1990, redigido por Marcio Santilli (NDI) e Ulisses Confalonieri (Fiocruz). São Paulo: CCPY, Cedi, Cimi, NDI, 1990.

ALBERT, B. Situação do garimpo na bacia do rio Demini (Amazonas), relativo à viagem da equipe do Projeto de Saúde Demini, entre 09/11/1990 e 07/12/1990. Brasília, 5 jan. 1991.

ALBERT, B. Indian lands, environmental policy and military geopolitics in the development of the Brazilian Amazon: the case of the Yanomami. *Development and Change*, 23: 35-70, 1992.

ALBERT, B. O massacre dos Yanomami de Haximu. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 3 out. 1993. (Artigo escrito em 27 set. 1993 e publicado em 3 out. 1993, Acervo Isa, Mimeo.)

ALBERT, B. Territorialité, ethnopolitique et développement: à propros du mouvement indien em Amazonie brésilienne. *Cahier des Amériques Latines*, 23: 177-210, 1997.

ALBERT, B. & LE TOURNEAU, F. M. Etnogeography and resource use among the Yanomami: towards a model of reticular space. *Current Anthropology*, 48: 584-592, 2007.

ANTHROPOLOGY RESOURCE CENTER (ARC). Yanomami Indian Park: a call for action. A report by The Anthropology Resource Center. Boston: Mowbray Co., 1981. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/yanomami-indian-park-call-action>. Acesso em: 17 jul. 2021.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 709) apresentada ao Superior Tribunal Federal (STF), 2020. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=753150332&prcID=5952986#>. Acesso em: 10 jul. 2021.

[1] Parte significativa dos materiais utilizados neste capítulo corresponde a documentos inéditos, a maioria deles mimeografada, alguns parcial ou integralmente manuscritos. Por essa razão, sua descrição foi feita de modo a trazer o maior número possível de informações sobre seu contexto. Aqueles relativos à Comissão pela Criação do Parque Indígena Yanomami (CCPY) virão assim descritos, sempre que for o caso, com indicação de autoria, tenham sido eles produzidos no âmbito de convênios de saúde com a Funai, FNS e outras instituições, e/ou como parte de processos judiciais, representações etc. É preciso observar que a partir de 1995, a CCPY, mantendo a mesma sigla, passa a se denominar Comissão Pró-Yanomami, denominação preservada para documentos desde então.

BELFORT JR., R. & MORAES, M. Oncocercose ocular no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 25: 123-128, 1979.

BOLETIM URIHI. *Boletim Urihi*, 4. São Paulo: CCPY, jul. 1986. Disponível em: <www.proyanomami.org.br/v0904/index.asp?pag=htm&url=/apy/urihi/boletim_04.htm>. Acesso em 17 jul. 2021.

BOLETIM URIHI. *Boletim Urihi*, 5. Brasília: CCPY, mar. 1987. Disponível em: <www.proyanomami.org.br/v0904/index.asp?pag=htm&url=/apy/urihi/boletim_05.htm>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BOLETIM YANOMAMI URGENTE. *Boletim Yanomami*, 10. Brasília: CCPY, out. 1989. Disponível em: <www.proyanomami.org.br/v0904/index.asp?pag=htm&url=/apy/YU/10.htm>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BOLETIM YANOMAMI URGENTE. *Boletim Yanomami Urgente*, 16. Brasília: CCPY, set. 1991a. Disponível em: <www.proyanomami.org.br/v0904/index.asp?pag=htm&url=/apy/YU/16.htm>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BOLETIM YANOMAMI URGENTE. *Boletim Yanomami*, 17. Brasília: CCPY, abr. 1991b. Disponível em: <www.proyanomami.org.br/v0904/index.asp?pag=htm&url=/apy/YU/17.htm>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRANDO, R. B. *Vida e Morte de um Indigenista: por ele próprio*. São Paulo: Ícone, 1985.

BRASIL. Departamento Nacional da Produção Mineral (DNPM). *Projeto Radar da Amazônia (Radam), Programa de Integração Nacional*. v. 7 e 8. Brasília: Ministério das Minas e Energia, Departamento Nacional da Produção Mineral, 1975.

BRASIL. SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, VI, Brasília. Tema: Sistema Único de Saúde. Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social. *Anais...* Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

BRASIL. Decreto Presidencial n. 23, de 4 fev. 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 fev. 1991a. Seção 1, p. 2.486.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 316, de 11 abr. 1991. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 abr. 1991b. Seção 1, p. 6.892.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARDOSO, A. M. *et al*. Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CARNEIRO DA CUNHA, M. M. Apresentação. *In*: ALBERT, B. & RAMOS, A. R. (Orgs.). *Pacificando o Branco: cosmologias do contato no norte amazônico.* São Paulo: Editora Unesp, 2002.

CARNEIRO DA CUNHA, M. M. Índios na Constituição. Dossiê 30 anos da Constituição brasileira. *Novos Estudos Cebrap*, 37(3): 429-443, 2018.

CENTRO DE ASSESSORAMENTO ÀS POPULAÇÕES INDÍGENAS BRASILEIRAS (CAPIB). Encaminha documentos sobre "Corrupção e ação genocida da FUNAI" ao Senador José Inácio Ferreira, presidente da CPI da Corrupção. Assinado por Durval S. Morais Terena (presidente da Capib) e David de Oliveira (vice-presidente da Capib), em Brasília, 27 de abril de 1988. (Acervo ISA). Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/corrupcao-e-atuacao-genocida-da-funai>. Acesso em: 16 jul. 2021.

CHAGNON, N. Life histories, blood revenge and warfare in a tribal population. *Science*, 239: 985-992, 1988.

CHAGNON, N. A. *Yanomamö: the fierce people* [1977]. 15. ed. New York: Harcourt Brace College Publishers, 1997.

COLCHESTER, M. (Ed.). *The Health and Survival of the Venezuelan Yanoama*. Copenhagen, 1985. (ARC/SI/IWGIA Document 53)

COLLOR DE MELLO, F. Carta do Presidente da República do Brasil, Fernando Collor de Mello, ao Secretário-Geral das Nações Unidas, Javier Pérez de Cuellar. Brasília, 13 de março de 1991. (Arquivo CDI/RR)

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Parque Indígena Yanomami: proposta de criação e justificativas, em 4 de abril de 1979. (Mimeo.)

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Relatório Yanomami 82: situação de contato e saúde, recomendações para a criação e estruturação do parque indígena, partes I e II, em 15 de agosto de 1982. São Paulo, 1982.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Situação de Saúde dos Índios Yanomami. Sistematização de dados das atividades de saúde realizadas entre os anos 1959-1984, de autoria do Dr. Francisco Vanin Pascalicchio, em outubro de 1984.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Relatório de Atividades 1985. "Campanha de Criação do Parque"; "Projeto Interdisciplinar de Saúde" e "Orçamento para o exercício março 86/fev. 87", assinado por Claudia Andujar. São Paulo, novembro de 1985a.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). *Saúde Yanomam: manual*. Por Francisco Pascalicchio, Claudia Andujar, Ciça Fittipaldi, entre outros. São Paulo, 1985b.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Uma política diferenciada de saúde para populações indígenas isoladas e/ou recém-contatadas. Boa Vista, novembro de 1986.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). "Memória do encontro de avaliação da situação, 27 e 28 de novembro de 1987" e "Deliberações, sugestões e propostas de trabalho para 1988, 2 e 5 de dezembro de 1987", assinado por Claudia Andujar e Abel Barros de Lima, São Paulo, dezembro de 1987a.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). "Sugestão para a elaboração de um documento de saúde Yanomami", escrito por Bruce Albert, Claudia Andujar e Ricardo Verdum, feito para a reunião da CCPY, em novembro de 1987, em São Paulo, a equipe da CCPY já em situação de afastamento da área, 1987b.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Documentação organizada pela CCPY relativa às invasões de garimpeiros em terras Yanomami. Composto por 1 – Relatório CCPY-Inesc sobre o conflito de agosto 1987, seguido da suspensão dos trabalhos de saúde da equipe da CCPY na área Yanomami; 2 – A febre do ouro em Roraima. Sinopse das notícias veiculadas na imprensa (set. 87-fev. 88); 3 – O Yanomami ameaçado: conclusão. 4 – Representação da CCPY-ABA na Procuradoria-Geral da República, fevereiro de 1988.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Carta ao Exmo. Sr. Procurador-Geral da República, Dr. Aristides Junqueira, A/C do Procurador Eugênio Aragão, assinada por Claudia Andujar (coordenadora da CCPY) e Marcio Santilli (consultor da CCPY). Documento parte do processo MPF/PGR 08100.001982/90-15, distribuído em 31/07/1990, referente a uma representação da CCPY à Procuradoria-Geral da República, sobre a saúde Yanomami, epidemia de malária, invasões de garimpeiros, entre outros. São Paulo, 6 de julho de 1990. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/handle/11549/51820?show=full>. Acesso em: 20 ago. 2020.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Relatório preliminar da situação de saúde dos índios Sanumá do Rio Auaris, de 15 de março a 15 de abril de 1991, pela antropóloga Alcida Rita Ramos e pela médica Yvone Menegolla, integrantes da equipe de saúde a serviço da Fundação Nacional de Saúde para atuar no Projeto Saúde Yanomami, durante uma "pandemia de malária". Documento parte do processo MPF/PGR 08100.001982/90-15, distribuído em 31/07/1990, referente a uma representação da CCPY à Procuradoria-Geral da República, sobre a saúde Yanomami, epidemia de malária, invasões de garimpeiros, entre outros. Boa Vista, 21 de abril de 1991a. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/handle/11549/51820?show=full>. Acesso em: 20 ago. 2020.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Relatório de Saúde Yanomami, região do Toototobi, em abril de 1991, de autoria da médica Deise Alves Francisco e do antropólogo Bruce Albert, referente às atividades desenvolvidas pela equipe médica do Projeto Demini-Toototobi/CCPY, durante o período de 3 a 25 de abril de 1991, na área Yanomami do Toototobi, estado do Amazonas, 1991b.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Ajuda Memória da Missão do Banco Mundial, composta pelos Drs. Bernhardt Liese (Director, Health Services Department, the World Bank) e John Wilson, de 27 de setembro a 5 de outubro de 1991, para supervisão do "Amazon Basin Malaria Control Project" (ln; 3072-BR), com a colaboração dos Drs. Jose Najera (Diretor, Controle de Doenças Tropicais, OMS) e Renato Gusmão (assessor regional, Programa de Doenças Transmissíveis, Opas). Inclui cópia de obrigações contratuais a serem assinadas por Bernhard H. Liese (World Bank), Isabel Cristina Aparecida Stefano (presidente da FNS) e Carlos Catão Prates Loiola (assessor chefe da Asplan/FNS), datada de 4 de outubro de 1991. Encaminhado da CCPY em São Paulo à CCPY de Boa Vista, em 10 de outubro de 1991c.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Manual de campo. Ministério da Saúde, FNS/RR/Distrito Sanitário Yanomami, de autoria de Marcos Pellegrini, Ivone Menegolla, Maria Aparecida da Silva, Claudio Esteves, Alvaro Braz e Alcida Rita Ramos, julho de 1992.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Levantamento das condições médico-sanitárias dos índios Yanomami no Brasil, 1981. Relatório às agências financiadoras, por Rubens Belluzzo Brando. s. l., 1981a. (Mimeo.)

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Parque Indígena Yanomami: proposta da Comissão Pró Yanomami. Situação atual de contato, por Claudia Andujar, em São Paulo, 13 de julho de 1981b. (Mimeo.)

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY) & COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO-SP (CPI-SP). Carta aberta ao Ministro do Interior, Mário Andreazza referente aos 10.000 Yanomami ameaçados de extinção: assinada por Claudia Andujar (Comissão pela Criação do Parque Yanomami) e Manuela Carneiro da Cunha (Comissão Pró-Índio/São Paulo). São Paulo, 13 de maio de 1980.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY) & FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Convênio que estabelecem entre si a Comissão pela Criação do Parque Yanomami e a Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de estabelecer intercâmbio no campo da saúde de populações Yanomami. s. l.: CCPY, Fiocruz, 18 de fevereiro de 1987.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY) & MÉDECINS DU MONDE (MDM). Missão preliminar e relatório de viagem de Médecins du Monde e da Comissão pela Criação do Parque Yanomami: proposta de trabalho, de autoria de Claudia Andujar, coordenadora da Comissão pela Criação do Parque Yanomami, Patrick Aeberhard, médico e vice-presidente da Médecins du Monde, Richard Goldstein, médico da Médecins du Monde, São Paulo, 23 de março de 1983.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY) & MÉDECINS DU MONDE (MDM). Relatório de atividades CCPY/MDM/AIM, relativo ao Convênio n. 4/1984, no período de fevereiro de 1984 a julho de 1985, ao Ilm. Sr. Exequias Paulo Heringer Filho, Assessoria de Estudos e Pesquisas (AESP) Funai, em São Paulo, 22 de julho de 1985. Traz como anexos: Encontro de Saúde da Área Yanomami, de 18 a 20 de julho de 1983, em Boa Vista; Memória da reunião de avaliação Funai/CCPY, em Boa Vista, em 13 e 14 de dezembro de 1984; Programa Interdisciplinar Saúde, realizado por CCPY/MDM, em 1984; Cronograma das atividades interdisciplinares das equipes de trabalho da CCPY/MDM/AIM na área Yanomami (Roraima e Amazonas) e em Boa Vista, entre fevereiro de 1984 e julho de 1985, conforme o Convênio n. 004/84 Funai/MDM/AIM/CCPY, assinado em 22 de fevereiro de 1984. São Paulo, 22 de julho de 1985.

COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY); COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO-SP (CPI-SP) & CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Yanomami Vida. *Boletim do Cimi*, 58, ano 8, 1979. Caderno 2.

COMISSÃO PRÓ-YANOMAMI (CCPY). Depois que o Beija-Flor pousou. Folder da exposição organizada por Claudia Andujar & CCPY, na VII Semana da Amazônia, *Amanaka'a,* 24-28 set. 1996, no One World Trade Center, Nova York. Nova York, setembro de 1996.

COMISSÃO PRÓ-YANOMAMI (CCPY). Pesquisa e ética: o caso Yanomami. Contribuições brasileiras à controvérsia sobre o livro *Trevas no El Dorado*. *In*: RAMOS, A.; ALBERT, B. & OLIVEIRA, J. C. (Orgs.). *Documentos Yanomami*. Brasília: Comissão Pró-Yanomami, 2002.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 5(4): 441-450, 1989.

CONFALONIERI, U. E. C. Relatório de Saúde dos Yanomami, Ação Pela Cidadania. *In*: AÇÃO PELA CIDADANIA (APC). *Yanomami: a todos os povos da terra*. 2º Relatório da Ação pela Cidadania sobre o caso Yanomami, referente aos acontecimentos do período junho de 1989 a maio de 1990, redigido por Marcio Santilli (NDI) & Ulisses Confalonieri (Fiocruz): 29-37. São Paulo: CCPY, Cedi, Cimi, NDI, 1990.

DAVIS, S. H. Amazon Basin: new projects threaten Brazilian tribes. *Anthropology Resource Center Newsletter/Bulletin*, Dec. 1977, p. 3.

DAVIS, S. H. *Vítimas do Milagre: o desenvolvimento e os índios no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DAVIS, S. H. Características del desarrollo comunal indígena, conferencias magistrales (Resúmenes). *In*: UQUILLAS, J. R. & RIVERA, J. (Eds.). *Memorias del Segundo Taller Inter-Institucional sobre Pueblos Indígenas y Desarollo en América Latina*. Washington: Banco Mundial, 1993.

DE CHADAREVIAN, S. Human population studies and the World Health Organization. *Dynamis*, 35(2): 359-388, 2015.

DINIZ, E. *O Projeto Calha Norte: antecedentes políticos*, 1994. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

DO PATEO, R. D. Relatório sobre a violação de direitos humanos na TIY, 1960-1988. s. l.: Comissão da Verdade, 2014. (Mimeo.)

FRANCISCO, D. A. Plano Emergencial de Atenção à Saúde das Comunidades Yanomami, 4ª etapa, de 1º de abril a 6 de maio de 1990, assinado por Deise Alves Francisco, médica clínica-geral, convidada pela CCPY, 1990. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/handle/11549/51820?show=full>. Acesso em: 20 ago. 2020.

FRANCISCO, D. A. *et al.* Documento confidencial ao Dr. José Leite Saraiva, assessoria para assuntos da Amazônia, Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, 6 de abril de 1990. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/handle/11549/51820?show=-full>. Acesso em: 20 ago. 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FNS). Primeiro relatório do Distrito Sanitário Yanomami: avaliação das atividades e diagnóstico de saúde, por Ivone A. Menegolla, Maria Stella de C. Lobo, Oneron A. Pithan, István van Deursen Varga, Alcida R. Ramos, 1991. (Mimeo.)

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). Plano de Atenção à Saúde das Comunidades Indígenas Yanomami, elaborado por técnicos da área de saúde da Funai, CT. 001/N.224/ PRESI/ 90, Brasília, 27 de junho de 1990, encaminhado ao Exmo. Sr. Dr. Luís Romero Farias, DD. Secretário executivo do Ministério da Saúde e assinado por Airton Alcântara Gomes, presidente interino da Funai, 1990. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/handle/11549/51820?show=full>. Acesso em: 20 ago. 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI) & COMISSÃO PELA CRIAÇÃO DO PARQUE YANOMAMI (CCPY). Convênio n. 013/86, que entre si celebram a Fundação Nacional do Índio e a Comissão pela Criação do Parque Yanomami – CCPY, para atuação em um projeto de saúde destinado àqueles indígenas na forma abaixo, assinado por Claudia Andujar, CCPY, e Romero Jucá Filho, presidente da Funai. Brasília, 25 de junho de 1986.

GARCIA, J. C. Rubão, a saudade, um ano depois. *Voz da Terra*, Assis, 13 dez. 1983.

GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL (GTI). Ata de Reunião Extraordinária dos membros do Grupo de Trabalho Interministerial, GTSI/94.945/87, acontecida no dia 19 de agosto de 1988, para tratar do assunto da Terra Indígena Yanomami, com a presença de Romero Jucá Filho (coordenador GTI e presidente da Funai); Maria Eugênia Marcos Rio (membro/Mirad); Renato d'Almeida Leoni (membro/Minter); Antonio Carlos Carneiro da Silva (Membro/SG-CSN); Celmo Alencar (convidado/5ª Suer); Paulo Lopes Viana (convidado/IBDF); Daniel Marques de Sousa (superintendente Suaf); Valter Ferreira Mendes (assessor) e Sonia de Almeida Demarquet (assessora e secretária do GTI), 1988. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/handle/11549/45996>. Acesso em: 15 ago. 2020.

GUIMARÃES, S. M. F. O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(10): 2.148-2.156, 2015.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIECONÔMICOS (INESC). *Dossiê Yanomami III: o golpe fatal (?)*. Brasília: Inesc, 1990. (Mimeo.). Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/dossie-yanomami-iii-o-golpe-fatal>. Acesso em: 8 dez. 2018.

JULHO, R. Sarney autoriza PF a retirar garimpeiros da área ianomâmi. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 13 dez. 1989. Disponível em: <https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=10811&keyword=Defesa&anchor=4074956&origem=busca&pd=beb36f8db0b692f32a65d2f667f57839>. Acesso em: 10 dez. 2018.

KOPENAWA, D. Carta ao Exmo. Sr. Dr. Romero Jucá Filho, D. D. Presidente da Fundação Nacional do Índio, Funai, Brasília. Boa Vista, 14 de setembro de 1987.

KOPENAWA, D. Discurso de Davi Kopenawa, durante a manifestação nacional contrária à municipalização da saúde indígena, na cidade de Boa Vista, em 27 de março de 2019. Arquivo de vídeo gravado e transcrito por Adriana Athila.

KOPENAWA, D. & ALBERT, B. *La Chute du Ciel: paroles d'un chaman Yanomami*. Paris: Plon, 2010.

KRENAK, A. et al. Encontro aponta soluções para a proteção da saúde do índio. *Saúde em Debate*, (ed. esp.): 60-61, jan. 1988. A Saúde do Índio.

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. *In*: LANGDON, E. L. & GARNELO, L. M. (Orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, ABA, 2004.

LANGDON E. J. & CARDOSO M. D. (Orgs.). *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora UFSC, 2015.

LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaios de antropologia simétrica* [1991]. Rio de Janeiro: Editora 34, 2008.

LIZOT, J. The Yanomami in the face of ethnocide. Copenhagen, 1976. (IWGIA Document 22)

LOIOLA, C. C.; SILVA, C. J. M. & TAUIL, P. L. Controle da malária no Brasil: 1965 a 2001. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 11(4): 235-244, 2002.

MAGALHÃES, E. D. *O Estado e a Saúde Indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*, 2001a. Dissertação de Mestrado, Brasília: Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília.

MAGALHÃES, E. D. A experiência do Distrito Sanitário Yanomami: reflexões sobre o Estado e a saúde indígena. Texto apresentado ao Grupo de Trabalho Movimentos Indígenas, Políticas Indigenistas e Reforma do Estado, da Reunião da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) Norte-Nordeste. *In*: REUNIÃO DA ABA NORTE-NORDESTE, Recife, 29 nov. 2001b.

MARTÍNEZ, J. D. O. *La Cooperación Internacional con los Pueblos Indígenas: desarrollo y derechos humanos*. Madrid: Cideal, 2005.

MENEGOLLA, I. A.; ALBERT, B. & COSTA, M. Situação do Garimpo na Área Indígena Paapiú (abril de 1990). *Relatório*. Brasília: Ação pela Cidadania, 7 de maio de 1990.

MIGLIAZZA, E. C. The integration of the indigenous peoples of the territory of Roraima, Brazil. Copenhagen, 1978. (IWGIA Document 32)

MOREIRA, M. A estratégia do genocídio Yanomami. *In*: RICARDO, C. A. R. (Org.). *Povos Indígenas no Brasil*. São Paulo: ISA, 1991.

MOREIRA, U. P. A Funasa e a implementação de distritos sanitários especiais indígenas. *In*: SOUZA LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMANN, M. (Orgs.). *Estado e Povos Indígenas: bases para uma nova política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, Lace, 2002.

MOSSRI, S. Jaguaribe define o fim dos índios até o ano 2000. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 30 ago. 1994. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/8/30/brasil/12.html>. Acesso em: 17 out. 2018.

NÚCLEO DE DIREITOS INDÍGENAS (NDI). Carta de encaminhamento do relatório sobre a situação de saúde dos índios Sanumá do Rio Auaris, de 15 de março a 15 de abril de 1991, ao Exmo. Sr. Wagner Gonçalves, do Ministério Público Federal, Coordenadoria de Defesa dos Direitos e Interesses das Populações Indígenas. Documento parte do processo MPF/PGR 08100.001982/90-15, distribuído em 31/07/1990, referente a uma representação da CCPY à Procuradoria-Geral da República. Brasília, 26 de abril de 1991. Disponível em: <http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/handle/11549/51820?show=full>. Acesso em: 20 ago. 2020.

OLIVEIRA, J. P. A segurança das fronteiras e o novo indigenismo: formas e linhagens do Projeto Calha Norte. *In*: HÉBETTE, J. (Org.). *O Cerco Está se Fechando*. Petrópolis: Vozes, 1991.

OLIVEIRA, J. P. Três modelos de intervenção do Estado no reconhecimento das terras indígenas: democratização, remilitarização e reflexos da Unced. *Resenha & Debate*, 2: 1-10, 1993.

PELLEGRINI, M. A. *Wadubari*. São Paulo: Marco Zero, 1993.

PITHAN, O. A. *O Modelo Hekura para Interromper a Transmissão da Malária: uma experiência de ações integradas de controle com os indígenas Yanomami na virada do século XX*, 2005. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

PITHAN, O. A.; CONFALONIERI, U. E. C. & MORGADO, A. F. A situação de saúde dos índios Yanomami: diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(4): 563-580, 1991.

PLANO DE ATENÇÃO ESPECIAL À SAÚDE YANOMAMI (PEASY). Encontro para avaliação do Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami e recomendações, 1990, Brasília. *Relatório*... Brasília: Ministério da Saúde, Assessoria Especial para Assuntos de Saúde na Amazônia Legal, 1990.

PONTES, A. L. M. *et al.* Diálogos entre indigenismo e reforma sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saúde em Debate*, 43(8): 146-159, 2019.

PONTES, A. L. M. *et al.* Pandemia de Covid-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: MATTA, G. C. et al. (Orgs.). *Os Impactos Sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [on-line]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19, Editora Fiocruz, 2021. (Informação para Ação na Covid-19). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2021.

PORANTIM. Brasília: Cimi, jan.-mar., 1990a.

PORANTIM. Brasília: Cimi, jul.-set., 1990b.

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL (PIB). Org. Carlos Alberto Ricardo. São Paulo: ISA, 1991.

PROJETO SAÚDE YANOMAMI (PSY). Oficina de Trabalho da Etapa Pré-Operacionalização. Manaus, 1991.

RAMOS, A. R. Yanoama Indians in Northern Brazil threatened by highway. *In*: TAYLOR, K. I. & RAMOS, A. R. (Eds.). *The Yanoama in Brazil, 1979 and Yanomami Indian Park, Proposal and Justification, by the Committee for the Creation of Yanomami Indian Park*. Copenhagen: IWGIA, 1979. (IWGIA Document 37)

RAMOS, A. R. Projeto interdisciplinar Yanomami. Brasília, 3 jul. 1984. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/YAD00037.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

RAMOS, A. R. *O Papel Político das Epidemias: o caso Yanomami*. Brasília: UnB, 1993. (Série Antropologia, 153)

RAMOS, A. R. Entrevista com Alcida Rita Ramos: depoimento. Rio de Janeiro: Cpdoc/FGV, 2017. 1 vídeo (101'). Canal FGV. Disponível em: <www.youtube.com/watch?v=HPsiR-d8RX1g&feature=youtu.be>. Acesso em: 13 jan. 2020.

SANTOS, R. V. *et al.* Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. *In*. GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SARNEY, J. Fala do presidente da República, José Sarney: transcrição de programa *Conversa ao Pé do Rádio* de 8 dez. 1989. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, 1989. Seção II. p. 7.848-7.849.

SELAU, M. G. [Correspondência]. Destinatário: Berta Ribeiro. Boa Vista, em 1 set. 1987. 1 carta (manuscrito).

SELAU, M. G. A *Política Indigenista Governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras (1967 a 1988)*. Relatório de pesquisa. Brasília: Funai, 1992.

SELAU, M. G. *et al*. Uma política diferenciada de saúde para populações isoladas e/ou recém-contatadas: os Yanomami no Brasil. *Saúde em Debate*, (ed. esp.): 52-59, jan. 1988. A Saúde do Índio.

SHANKLAND, A. & ATHIAS, R. Decentralisation and difference: indigenous peoples and health system in the Brazilian Amazon. *IDS Bulletin*, 48(1): 77-88, 2007.

SIEDER, R. (Org.). *Multiculturalism in Latin America: indigenous rights, diversity, and democracy*. New York: Palgrave Macmillan, 2002.

TAYLOR, K. I. Development against the Yanoama, the case of mining and agriculture. *In*: TAYLOR, K. I. & RAMOS, A. R. (Eds.). *The Yanoama in Brazil, 1979 and Yanomami Indian Park, Proposal and Justification, by the Committee for the Creation of Yanomami Indian Park*. Copenhagen: IWGIA, 1979. (IWGIA Document 37)

TAYLOR, K. I. Plano Yanoama: relatório trimestral, 1º trimestre, n. 001, pelo coordenador Kenneth I. Taylor, em 26 de janeiro de 1976. *In*: DO PATEO, R. D. Relatório sobre a violação de direitos humanos na TIY, 1960-1988. s. l.: Comissão da Verdade, 2014. (Mimeo.)

TAYLOR, K. I. & RAMOS, A. R. (Eds.). *The Yanoama in Brazil, 1979 and Yanomami Indian Park, Proposal and Justification, by the Committee for the Creation of Yanomami Indian Park*. Copenhagen: IWGIA, 1979. (IWGIA Document 37)

THE AMERICAN ANTROPOLOGICAL ASSOCIATION, THE ANTROPOLOGY RESOURCE CENTER, SURVIVAL INTERNATIONAL, SURVIVAL INTERNATIONAL USA (AAA/ARC/ILRC/SI/SI EUA). Comunicação à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, apresentada em favor do Povo Yanomami, pela The American Anthropological Association, The Anthropology Resource Center, Survival International, Survival International USA, em 11 de dezembro de 1980.

UNITED NATIONS (UN). Written statement submitted by the International Indian Treaty Council, a non-governmental organization. Question of the violation of human rights and fundamental freedoms in any part of the world, with particular reference to colonial and other dependent countries and territories, Commission on Human Rights, United Nations, Economic and Social Council, 16 fev. 1983.

VALENTE, R. *Os Fuzis e as Flechas: história de sangue e resistência na ditadura*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

VARGA, I. V. D. Viagem de avaliação preliminar da situação sanitária nas áreas de garimpo no território Yanomami em Roraima. *Relatório final*. São Paulo: CCPY, 1988. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/YAD00454.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

VARGA, I. V. D. Inquérito sobre a situação sanitária dos Yanomami. Projeto Avaliação da Evolução dos Perfis Sanitários das Comunidades Yanomami em Áreas sob o Impacto de Atividades Garimpeiras. Relatório parcial de atividades, Dr. István van Deursen Varga, coordenador do Grupo de Trabalho de Saúde do Índio, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para o Ministério Público Federal, Procuradoria-Geral da República, Secretaria de Coordenação da Defesa dos Direitos Individuais e dos Interesses Difusos, 1990.

VARGA, I. V. D. Relatório de avaliação de atividades (período 1989-1991). Grupo de Trabalho em Saúde Indígena – SES-SP (Confidencial). Trata-se da digitalização de uma mensagem passada em fax à CCPY, em 6 de novembro de 1991.

VARGA, I. V. D. & MONTEJANO, L. M. Relatório de atividades do período de novembro a dezembro de 1990, apresentado em 8 de janeiro de 1991. Projeto de Saúde Yanomami, Projeto Demini-Toototobi, 1991. (Mimeo.)

VERANI, C. B. L. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, 15(2): 171-192, 1999. (Série Antropologia)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration from the International Conference of Primary Health Care. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata>. Acesso em: 25 mar. 2014.

A Longa Reforma Sanitária Indígena[1]

Capítulo 9

Felipe Rangel de Souza Machado
Luiza Garnelo

A década de 1990 foi um período de progresso no reconhecimento dos direitos das minorias étnicas no Brasil. Em consequência, cresceram também as informações que evidenciavam a precária situação de existência dos povos indígenas, o que expôs os limites de atuação da Fundação Nacional do Índio (Funai), que desde sua criação respondia pela oferta de cuidados em saúde, entre outras atribuições. Questões que antes viviam escondidas sob os "interesses nacionais" e obedeciam a uma razão de Estado ganharam visibilidade e se tornaram objeto também das políticas de saúde.

Para os gestores da ditadura no Brasil, os povos indígenas eram entraves ao desenvolvimento, considerados empecilhos para o acesso à terra e aos recursos minerais (CNV, 2014) para a exploração econômica por não indígenas, o que equivalia, na prática, à perda das terras ocupadas por estas minorias. O processo de redemocratização jogou luz sobre a tragédia social que vinha sendo imposta a esses povos por tal política de governo, bem como sobre os obstáculos à garantia do direito à terra, à saúde e à educação. Embora relacionadas e fruto de um mesmo processo colonizador, essas políticas públicas encontraram caminhos distintos na tentativa de superação das limitações vigentes. Este é o caso da saúde.

Pode-se dizer que a Reforma Sanitária brasileira atingiu seu auge institucional na Constituição de 1988, concretizando-se com a promulgação das leis n. 8.080/90 e 8.142/90. No entanto, para os povos indígenas essa legislação e suas concepções organizativas não apresentaram horizonte de melhoria da oferta de atenção à saúde, o que só veio a ocorrer com a inclusão do artigo 19 na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1999, que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), fruto da lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999, conhecida no campo da saúde indígena como Lei Arouca.[2]

É justamente em função desse tempo substancialmente maior de reconhecimento das necessidades específicas de saúde indígena que nomeamos esse movimento como "longa reforma sanitária indígena", termo por nós utilizado em Pontes *et al.*, 2019. O objetivo principal, aqui, é compreender as bases de sus-

tentação para a proposição da lei pelo então deputado federal Sergio Arouca e os meandros de sua tranquila tramitação pelo Parlamento brasileiro.

A Lei Arouca tramitou por 1.598 dias entre o seu início formal[3] em 9 de março de 1995 e sua promulgação em 23 de setembro de 1999. Figueiredo e Limongi (1995) calcularam em 1.094 dias o tempo médio de tramitação de uma lei com origem na Câmara dos Deputados, sendo 1.105 o desvio padrão. À primeira vista, pode-se presumir que não houve nenhuma anormalidade quanto à tramitação da lei que criou o subsistema. Mas chama a atenção o reconhecimento de que não houve conflitos durante sua tramitação, em particular se relembrarmos que o projeto de lei (PL) passou por quatro comissões na Câmara e duas no Senado sem receber qualquer emenda.

O cômputo total de dias de tramitação pode até gerar uma ideia enganosa de que o trâmite foi o habitual. Porém, excluindo-se os 625 dias que o projeto ficou preso na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara, vê-se que a efetiva movimentação no trajeto cumprido pelo PL até a aprovação na forma da lei n. 9.836/99 totaliza 973 dias, o que expressa um ritmo acelerado, em comparação com o tempo habitualmente gasto na aprovação de um PL que goze de relativo consenso entre os parlamentares. A análise do ritmo mostra que o PL levou pouco mais de quatro anos para percorrer todas as instâncias de análise do Congresso Nacional, mas depois de sair da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados transitou com bastante rapidez. Sendo a questão indígena um tema habitualmente polêmico no Parlamento brasileiro, tal celeridade se mostra surpreendente, sugerindo que algo de extraordinário teria acontecido no processo de aprovação dessa lei.

Para entendermos o processo de tramitação da Lei Arouca é necessário voltarmos um pouco no tempo e compreender as disputas então travadas e os consensos então formados no campo específico da política indigenista, da qual a saúde indígena é tributária, e o entendimento da nação brasileira sobre como lidar com suas minorias.

O contexto político-social de democratização e ampliação dos direitos civis no período imediato pós-ditadura é o pano de fundo sobre o qual se constituíram os movimentos da saúde indígena naquele mesmo momento. Paralelamente, vivia-se também uma hegemonia das medidas neoliberais na América Latina regidas pelo mantra do "ajuste" fiscal e econômico visando ao que se convencionou chamar de "redução do Estado", o que significou na prática a redução da atuação do Estado nas políticas sociais, no mesmo momento político em que se obtinham garantias legais – caso do SUS – de ampliação do acesso à saúde (Garnelo, 2006; Magalhães, 2000). Paradoxalmente,[4] a questão ambiental ascendia nesse momento como prioridade no cenário internacional, especialmente após a realização da Eco-92 no Rio de Janeiro.

Também foram elementos de influência as recorrentes denúncias levadas à opinião pública a respeito das más condições sanitárias que afetavam os grupos indígenas, resultando em altas taxas de morbimortalidade, agravadas pela precariedade dos serviços de saúde que, na época, eram responsáveis pelo atendimento a essas minorias. Acusações de genocídio e de desrespeito aos direitos humanos alcançaram repercussão internacional, agravando a já combalida credibilidade do Brasil, cuja economia dependia fortemente de investimentos externos e da concessão de empréstimos por entidades multilaterais como o Banco Mundial (Garnelo, 2006; sobre as repercussões internacionais das ameaças ao povo Yanomami, ver o capítulo de Athila nesta coletânea).

Forçado a responder, mas limitado pela adoção da política de Estado mínimo, o governo Collor respondeu à epidemia de malária – amplamente denunciada em fóruns internacionais – que irrompeu na população Yanomami com altas taxas de mortalidade fazendo a transferência, por meio do decreto n. 23/1990, das responsabilidades sanitárias da Funai para o Ministério da Saúde (MS) e criando o Distrito Sanitário Yanomami, o primeiro do gênero na política do país, cerca de nove anos antes da promulgação da Lei Arouca (ver capítulos de Athila e de Pontes nesta coletânea). Os efeitos de tais medidas foram principalmente paliativos, pois se limitaram a promover um rearranjo dos cargos de gestão, sem atentar para questões estruturais como a garantia de demarcação da Terra Indígena Yanomami. No caso específico dessa etnia, além de comprometer a saúde, instituir uma violência sem precedentes e comprometer a subsistência dos indígenas acometidos pela doença, a invasão garimpeira também tornou a epidemia incontrolável, em função do grande número de portadores assintomáticos de formas de malária altamente resistentes ao tratamento. Além do descaso com medidas intersetoriais necessárias ao controle da epidemia, a ação do governo não proveu o MS, recém-nomeado como gestor da saúde indígena, dos meios e de pessoal necessários para desempenhar a contento as atribuições que lhe foram designadas (Garnelo 2006, 2014).

Em que pese o pioneirismo da criação do Distrito Sanitário Especial Yanomami, a opção pela oferta de ações emergenciais, restritas e descontinuadas, que marcou a atuação do governo Collor no campo da saúde indígena, continuaria a se reproduzir em governos subsequentes, sem lograr reverter o negativo perfil de saúde instalado nas terras indígenas.

O papel exercido pelo Banco Mundial nesse processo merece ser destacado, dada a importância desse agente no cenário indigenista. Na leitura de Mattos (2001: 383), "ao longo dos anos 80 e, sobretudo, dos anos 90, o Banco passou a oferecer ideias sobre um amplo elenco de temas e políticas, tornando-se um interlocutor privilegiado no interior da comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento".

No Brasil, durante a ditadura militar o Banco Mundial havia financiado diversos projetos desenvolvimentistas na região amazônica que resultaram em

agravamento das condições de vida e saúde das minorias étnicas que ali viviam, tornando-se alvo de pesadas críticas da opinião pública mundial. Nos anos 90 do século XX o órgão continuava a realizar a "oferta de ideias" (Mattos, 2001) e a produção de consensos, mas passou a exercer pressões sobre o governo brasileiro, instituindo medidas como as cláusulas de salvaguarda que condicionavam a concessão de empréstimos à execução de certos compromissos. Um dos exemplos dessa ambígua linha de atuação foi o Programa de Controle da Malária na Amazônia (PCMAM), que por um lado almejava o controle da doença para facilitar a penetração do grande capital na região e por outro instituiu como cláusula de salvaguarda a obrigatoriedade de que o governo brasileiro desenvolvesse um conjunto de ações de atenção primária à saúde dirigidas aos povos indígenas (Garnelo, 2006). Similarmente, o Programa de Proteção às Terras da Amazônia Legal (PPTAL), também financiado com recursos internacionais, articulou um amplo leque de demarcação de terras na Amazônia efetivada em parceria com as organizações indígenas. A iniciativa demarcou uma nova fase do reconhecimento, pelo poder público, dos povos indígenas como sujeitos de direito à autorrepresentação (Barroso Hoffmann *et al.*, 2004; Souza Lima & Barroso-Hoffmann, 2002; ver também capítulo de Barroso nesta coletânea).

Na esteira da aprovação e regulamentação do SUS, geraram-se expectativas por direitos. "As novas demandas geradas pela Frente Parlamentar da Saúde, criada em 1993, e outros grupos de interesse que se articularam nesse período passaram a compor um cenário de negociações mais complexo no Congresso Nacional" (Baptista, Gomes & Nogueira, 2012: 292, 293), possibilitando a expressão de outros grupos específicos mediante a incorporação de suas demandas no ordenamento jurídico brasileiro. Tais demandas visavam a "cobrir lacunas da institucionalidade e a aprimorar as políticas em curso" (Baptista, Gomes & Nogueira, 2012: 312). Essa foi, como argumentaremos mais adiante, uma das estratégias utilizadas na questão da saúde indígena. A produção legislativa do período de 1995 a 2002 foi, de acordo com esses autores, decisiva para a consolidação do projeto de Reforma Sanitária.

Tal contexto político, social, econômico e institucional definiu os rumos que a saúde indígena tomou no Brasil, ora apresentando oportunidades de avanços, como foi o caso da aprovação da Lei Arouca, ora impondo barreiras, como ainda é o caso da implementação incompleta e fragmentária do subsistema que se deu na década seguinte.

O contexto de nossa discussão remete mais especificamente à década de 1990. Para subsidiá-la utilizamos como material analítico as entrevistas realizadas no âmbito do Projeto Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas (ver Apresentação desta coletânea), com atores-chave na constituição e desenvolvimento do SasiSUS. Adicionalmente consultamos relatórios institucionais e os pareceres e pronunciamentos sobre o PL feitos no Parlamento

brasileiro, com vistas a aclarar o entendimento do contexto político que proporcionou institucionalidade à política de saúde indígena.

A quem pertence a saúde indígena?

Ao longo da década de 1990 a saúde indígena foi objeto de imensa disputa entre Funai e MS, o que inclui as disputas com a Fundação Nacional de Saúde (FNS), hoje denominada Funasa.[5] Tal disputa, bem analisada em alguns trabalhos (Garnelo, 2006, 2014; Verani, 1999), teve como resultado mais evidente a segmentação do cuidado prestado aos povos indígenas – nos moldes do modelo pré-SUS, em que as ações assistenciais seriam prestadas pela Funai e as ações preventivas, pelo MS:

> Entre 1990 e 1999 a tensão entre as duas instituições foi bastante intensa, resultando na derrubada do decreto 23, que foi substituído pelo decreto 1.141, em 1994; este devolveu para a Funai a responsabilidade sanitária pelos povos indígenas. Logo em seguida, porém, foi promulgada uma resolução normativa (n. 001/1994) que manteve a vinculação do MS ao campo da saúde indígena para o desenvolvimento de ações preventivas nas aldeias. (Garnelo, 2014: 127)

Diante de tais disputas e da iminência de diversos impasses, os sujeitos envolvidos com a defesa da saúde indígena adensaram a luta pela institucionalização dessa política de modo mais consistente e sustentável a longo prazo. Propomos, aqui, compreender os rumos institucionais da saúde indígena no Brasil focalizando sua dupla estratégia, composta pela via administrativa (que culminou na portaria n. 1.163, de 14 set. 1999) e pela via legislativa (que culminou na promulgação da lei n. 9.836, de 23 set. 1999). Tomamos essa dupla estratégia apenas para mapear o cenário mais amplo que permite utilizarmos o termo "longo" para designar a reforma sanitária indígena e para mencionar que havia movimentos imbricados que resultaram em efeitos diferentes, mas contribuíram com o processo aqui analisado: a trajetória da Lei Arouca. Não havia uma disputa entre tais vias, mas ambos os movimentos se embasavam numa mesma perspectiva, com diagnósticos semelhantes sobre o lugar e a necessidade da saúde indígena.

A via administrativa

Na via administrativa buscava-se transformar a atenção à saúde mediante a atuação dos sujeitos que ocupavam funções dentro das instituições públicas, notadamente o MS. O depoimento de uma entrevistada que atuou na FNS reforça essa ideia:

> *E olha só: essa portaria é de 14 de setembro, e a Lei Arouca é de 23 de setembro de 1999, ou seja, tinha duas iniciativas em curso, uma interna, dentro do Ministério, o Serra achando que por uma simples portaria resolvia, e tinha outra, que já vinha como de seis anos atrás, me parece, do projeto de lei do Sergio Arouca, que foi feito posteriormente à 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.* (Entrevista de Alba Figueroa, 2018)

Além disso, como argumenta Pontes em seu capítulo nesta coletânea, na esteira das discussões sobre descentralização e municipalização no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, havia uma tensão entre os técnicos do MS (e também da própria Funai) que não entendiam as especificidades das questões indígenas e defendiam a municipalização também para esses grupos. Havia, portanto, percalços internos ao MS que deveriam ser superados. Por outro lado, havia resistência dos técnicos da Funasa a aceitarem a transferência da saúde para o MS. Segundo Ubiratan Moreira, à época assessor do ministro da Saúde José Serra e importante ator na condução da via administrativa, "tirar a saúde indígena da Funai pra eles significava um esvaziamento da Funai, uma desmoralização (...), para os seus servidores especialmente, fazia com que eles criassem essa resistência" (Entrevista de Ubiratan Moreira, 2019).

Em função da necessidade de realizar um trabalho de convencimento dos sujeitos responsáveis pelas políticas no interior das instituições públicas, destacou-se a atuação de alguns atores voltada para a criação de um ambiente amistoso e receptivo a determinadas discussões, dentre as quais aquela sobre a forma de condução das políticas de saúde indígena. Alba Figueroa ressalta que sua função inicial "foi de argumentação dentro da Funasa".

> *Então, o meu papel lá era argumentar sobre a necessidade de ter, sim. Teve muitas reuniões nas quais eu fiquei argumentando contra o desejo deles de dispensar a exigência do Banco Mundial. Quando se mostravam mais conciliadores, eles achavam que os índios tinham que ir para o SUS dos seus municípios de referência. E que não precisava ter um sistema diferenciado. Então, meu trabalho principal foi argumentar; eu me lembro, por exemplo, das discussões com Jarbas Barbosa da Silva Jr., diretor do Cenep [Centro Nacional de Epidemiologia] e responsável da Vigilância Epidemiológica, que até então era centralizada na*

> *FNS [Fundação Nacional de Saúde] e era o principal alvo da descentralização a ser promovida pelo Projeto VigiSUS. (...)*
>
> *Era a visão supremacista dos médicos e da visão biomédica, que é fechada para outras considerações sociais e culturais do processo saúde-doença, para os determinantes sociais da saúde e as especificidades dos povos indígenas quanto aos seus próprios saberes e práticas relativas à saúde; eles, em geral, não estão nem aí para isso. Então, sempre o meu trabalho foi defrontar-me principalmente com essas duas grandes barreiras, e argumentar, e argumentar, e argumentar. No entanto, a Cisi [Comissão Intersetorial de Saúde Indígena] ajudou muito, porque os gestores eram convidados para as reuniões. Eu apreciei muito, no tempo que eu participei da Cisi, participar de algumas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde. Acho que se trata de uma verdadeira comunidade de argumentação, as pessoas se falam e as pessoas, se escutam, têm que se escutar e têm que argumentar sobre as informações e colocações que lá são feitas. Então, ajudou muito nesse convencimento para a construção do subsistema de saúde indígena o fato de convidar os gestores a falar na Cisi e a gente, junto com os índios, fazer esse confronto das visões sobre cada aspecto em questão.* (Entrevista de Alba Figueroa, 2018)

Em relação aos movimentos internos da via administrativa nos quais colidiam os interesses da Funai e os da FNS, "o Decreto Presidencial 1.141, de 1994, revogou os decretos 23, 24 e 25, constituindo uma Comissão Intersetorial, de caráter interministerial, que tem por função definir programas e projetos nas áreas de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas" (Verani, 1999: 181). Constituiu-se, então, um grupo de trabalho para pensar saídas para a questão da saúde indígena no âmbito do governo federal.

Participaram dessa comissão, além de especialistas na área e alguns secretários do MS, representantes do Ministério Público Federal (MPF). Garnelo (2014) argumenta que o jogo de decretos decorre mais de disputas de poder entre órgãos do governo federal do que de necessidades sanitárias, carecendo de racionalidade técnica. Nesse contexto de formulação discursiva sobre a importância de uma política de saúde específica para os povos indígenas destacou-se o papel da então procuradora de Minorias Raquel Dodge, cujo parecer, além de ampliar o debate em nível nacional, introduziu um novo repertório argumentativo de caráter jurídico, em favor de uma política consistente voltada para a saúde indígena. "O parecer dela foi muito importante, muito decisivo", declara a entrevistada Alba Figueroa,

> *porque foi um documento bom, produtivo. E, então, diante disso, os secretários tiveram que reagir de uma maneira muito mais séria. E as consequências importantes dessa reunião, além desse grupo que foi criado para a formulação da política, foi a determinação de Renilson Rehem de Souza, que era o secretário*

da SAS [Secretaria de Assistência à Saúde], de assinar uma portaria criando um incentivo especial para os municípios contratarem agentes indígenas de saúde e contratarem equipes multidisciplinares de saúde indígena pelos municípios. Essas foram as respostas dos secretários às colocações que foram feitas. (Entrevista de Alba Figueroa, 2018)

Garnelo (Entrevista, 2018), por sua vez, destaca que tal parecer, emitido em 1998, demonstrou a inconstitucionalidade do decreto n. 1.141 (Dodge, 1998, 2001). A iniciativa aprofundou a deslegitimação da Funai[6] na condução da política de saúde indígena e gerou um vácuo institucional que durou até 1999, quando a Lei Arouca foi aprovada no Congresso Nacional (Garnelo, 2006).

Tal atuação do MPF foi fundamental no estabelecimento de princípios que regem o direito à saúde indígena e justificam, do ponto de vista ético e político, a existência do subsistema. Após a Constituição de 1988, o crescimento do MPF como interveniente na defesa dos interesses da sociedade e dos direitos do cidadão se expressou, no caso indígena, na atuação da 6ª Câmara Temática: Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais. Ali, os procuradores exerceram papel crucial na atribuição ao poder público, em particular da esfera federal, de responsabilidade pela efetivação da oferta aos indígenas de assistência à saúde. Além disso, documentos, pronunciamentos e pareceres de procuradores como Raquel Dodge (1998, 2001) reafirmaram a obrigação do poder público em respeitar a diversidade e especificidade dos povos indígenas e recusaram a tendência dos formuladores de políticas à generalização e a ignorar as diferenças que os diversos povos mantêm entre si e em relação a outros segmentos da sociedade nacional. Tal recusa é a base do fundamento jurídico da atenção diferenciada.

As proposições do MPF também ressaltaram o direito indígena ao exercício do poder político e à atuação, no caso da saúde, nas instâncias de controle social. Tal movimentação da Procuradoria auxiliou no estabelecimento de práticas hoje corriqueiras no subsistema de saúde indígena, mas que até a Constituição de 1988 eram simplesmente proibidas, como o direito à autorrepresentação, na vigência da tutela exercida pela Funai (Souza Lima, 2014).

Outro movimento que consideramos fundamental no âmbito da via administrativa foram as ações que vinham sendo financiadas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unaids). Segundo os relatos, nessa época o Unaids estava financiando um componente indígena na política de HIV/aids que incluía, entre outras ações, as oficinas macrorregionais que contaram com a participação de indígenas, indigenistas, antropólogos, pesquisadores de saúde indígena e técnicos do MS, entre outros. Tais oficinas se constituíram em oportunidades para o diálogo e a construção de consensos entre os diversos agentes políticos envolvidos com a saúde indígena. Converteram-se, portanto, em espaços de discussão mais amplos sobre a saúde indígena no país e inclusive, como destacou uma entrevistada, sobre

o modelo assistencial a ser adotado nas terras indígenas, não se limitando, portanto, à política de prevenção e controle de HIV/aids (Entrevista de Douglas Rodrigues e Sofia Mendonça, 2018).

Simultaneamente a esse movimento, antropólogos e sanitaristas com renome, entre os quais a própria primeira-dama Ruth Cardoso, vinham chamando a atenção para as dificuldades enfrentadas pelos povos indígenas. O entrevistado Marcos Pellegrini (2018, 2019) destaca que as oficinas macrorregionais, em que tais assuntos foram discutidos, "mexeram muito com professores indígenas [e que] Dona Ruth Cardoso se sensibilizou muito na época". Outro entrevistado, Márcio Santilli (2018), considera que a interveniência de Ruth Cardoso foi essencial. Para ele, no que diz respeito à questão indígena, a primeira-dama exercia influência sobre o presidente, abrindo caminhos para o diálogo e para os pleitos indígenas. Paralelamente, os militantes e defensores da saúde indígena argumentavam com as autoridades sobre a necessidade de intervir de modo mais efetivo na melhoria das condições de saúde dessas minorias, usando, entre outras, a argumentação de que o desrespeito aos direitos indígenas comprometia a imagem do Brasil no cenário internacional, especialmente se considerada a organização dos festejos dos 500 anos do descobrimento. Um dos gestores insistira com Ubiratan Moreira, também entrevistado (2019): "Pra os 500 anos a gente precisa dar demonstrações de que tratamos nossos índios melhor, e tal".

> *Os índios estão com mais óbitos que todo mundo, né? (...) Fica ruim agora pra Dona Ruth ir lá em tal lugar, na África do Sul, na conferência [de Durban que tratou da temática do racismo], vai que isso sai por aí; não tem cobertura.* (Entrevista de Marcos Pellegrini, 2018)

Um dos eventos políticos mais relevantes desse período parece ter sido a atuação do próprio presidente Fernando Henrique Cardoso. Conforme relato de Marcos Santilli (Entrevista, 2018), no início do segundo mandato FHC convocou uma reunião em que estiveram presentes Roque Laraia, João Pacheco de Oliveira, Ruth Cardoso e o próprio Santilli. Assinale-se que os participantes na reunião eram cientistas sociais veteranos (aí incluído o presidente), com forte presença no cenário indigenista e longo tempo de vínculo profissional e geracional, à exceção de Santilli, que era o mais jovem dos participantes. Ou seja, tais presenças naquela reunião com o dirigente do país não eram fortuitas, mas sim a expressão de um grupo de profissionais respeitados e unidos por uma luta já antiga em favor dos indígenas e contra os abusos e a truculência da ditadura militar.

> *... o resultado dessa conversa foi o seguinte (...): vamos estruturar um serviço de saúde no Ministério da Saúde, (...) vamos fazer uma coisa robusta na área de saúde e tal e aí vamos aprovar a Lei Arouca. Ele puxou [o texto da] Lei Arouca*

> *que já estava tramitando no Congresso. (...) E aí ainda foi uma pauleira dentro da burocracia para botar grana na história. E essa grana, o Serra acabou soltando – ele era ministro da Saúde na época – para poder estruturar o subsistema. Então, na época era o quê? Uns 300 milhões, uns 300 milhões, que já era mais do que o orçamento da Funai. O subsistema já começou maior do que a Funai, entendeu?* (Entrevista de Marcos Santilli, 2018)

A partir de tal reunião foram feitos diversos movimentos em favor da saúde indígena. No entanto, parecia claro que a proposta mais substancial para institucionalizar esse campo de atuação do poder público seria a aprovação da Lei Arouca.

> *Depois tivemos que fazer a cabeça do Serra, porque ele não era assim... [favorável]. Tentando convencer o Serra [a disponibilizar] 300 milhões pra índio, entendeu? Putz! Ainda foi uma novela, brigamos com o Serra, não sei o quê, etc., mas Fernando Henrique obrigou ele a botar, e ele botou. E aí ele fez, ele bancou. Ele se convenceu e ele bancou. Bancou e bancou lá o Ubiratan [o primeiro dirigente do recém-criado subsistema de saúde indígena] também.* (Entrevista de Marcos Santilli, 2018)

A reunião ajuda a entender, embora sem esclarecer completamente, o contexto de publicação da portaria n. 1.163 do MS datada de 14 de setembro de 1999, que dispunha sobre a responsabilidade pela prestação da assistência à saúde dos povos indígenas, atribuindo à FNS a responsabilidade por sua execução. Tal portaria foi editada poucos dias antes da sanção presidencial da Lei Arouca em 23 de setembro. O Senado Federal encaminhara o texto da Lei Arouca no dia 8 de setembro de 1999 para a sanção presidencial; portanto, na data de edição da portaria n. 1.163/1999 a Presidência da República já estava de posse do PL.

Os movimentos aqui destacados no âmbito da via administrativa, especificamente o papel dos técnicos, a posição do MPF e a atuação direta do presidente da República tiveram repercussões e efeitos que consideramos determinantes para o desenvolvimento da via legislativa, especialmente na criação de um ambiente jurídico, político e administrativo favorável à criação do subsistema de saúde indígena.

A via legislativa

A segunda via, constituída na esteira de demandas por políticas específicas (Baptista, Gomes & Nogueira, 2012), partia do reconhecimento, expresso pelos próprios indígenas, da necessidade de criação de um mecanismo formal mais perene que se contrapusesse à instabilidade jurídico-institucional dos decretos e portarias que vinham alternando a gestão das ações de saúde indígena entre a Funai e a FNS,

o que dificultava a continuidade das ações. "Eu me lembro de uma fala do Nailton Pataxó, dizendo 'Nós temos que acabar com esse negócio! Vamos com lei! Porque lei é difícil conseguir, mas mais difícil de acabar'. Então, todo o movimento foi a lei, então os índios faziam *lobby*, a gente fazia..." (Entrevista de Douglas Rodrigues e Sofia Mendonça, 2018). Ailton Krenak, importante liderança indígena, reconhece a importância "do ativismo indígena na configuração do subsistema da saúde indígena no Brasil". Para ele, a atuação indígena "contribuiu ativamente pra dar nesse desenho que a gente tem hoje" (Entrevista de Ailton Krenak, 2018).

Os relatos das entrevistas nos levam a compreender que a criação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (Cisi/CNS) teve papel fundamental no que estamos chamando de via legislativa. Tratava-se de uma comissão criada pela resolução n. 11 do CNS, datada de 31 de outubro de 1991. A primeira composição da Cisi reuniu as seguintes instituições: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde; Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública; Ministério da Justiça/Fundação Nacional do Índio; Ministério da Educação/Escola Paulista de Medicina; Secretaria do Meio Ambiente da Presidência da República; Associação Brasileira de Antropologia (ABA); União das Nações Indígenas (UNI); União dos Povos da Floresta; Confederação Nacional dos Bispos/Conselho Indigenista Missionário (CNBB/Cimi); Fundação Universidade do Amazonas (FUA) e representante do CNS. No ano seguinte, a resolução n. 34 do CNS incluiu nessa comissão três representantes indígenas: Waldir Tobias para representar o Conselho de Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Brasil (Capoib), Nailton Kanay Pataxó Hã-Hã-Hãe, representante da Comissão de Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, e José de Souza Kaxarari para representar a UNI-Acre e Sul do Amazonas.

Após um ano de funcionamento, os membros da Cisi aproveitaram uma troca na coordenação da Funasa (conforme a expressão usada por um dos entrevistados, "agora é que a gente vai dar o bote") e conseguiram convocar a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, com o intuito de estabelecer as bases de uma legislação específica.

Assim, no momento de realização da 2ª Conferência já havia um acúmulo de discussão e consensos entre os indígenas (propiciado em grande parte pelas oficinas macrorregionais de HIV/aids e também pela 1ª Conferência) a respeito da necessária política de saúde específica e diferenciada. Pode-se dizer que o próprio movimento indígena discutia e formava uma base política que delineava os contornos do que viria a ser a Lei Arouca.

> *Na 1ª Conferência Nacional da Saúde Indígena, nós já tínhamos acumulado discussão, aí sim, no meio de muitas comunidades nossas, a ponto da gente chegar naquelas ideias que vieram configurar depois os distritos sanitários. Até a ponto da gente pensar que a gente não podia sair configurando o mesmo formato pra todo*

> *mundo. Teve aquela ideia de fazer um ensaio com os Yanomami, né? O Distrito Sanitário Yanomami, por já contar com uma história de prática já de vacinação, de acompanhamento de um povo de risco imediato, que era o povo Yanomami, a gente conseguiu atinar com a ideia de que aquelas práticas que estavam sendo feitas lá, que aquela estrutura, que ela podia ser pensada como uma das maneiras de estruturar um distrito sanitário.* (Entrevista de Ailton Krenak, 2018)

O relatório final da 2ª Conferência foi a base de construção do projeto da Lei Arouca, como veremos adiante. Apenas nesse cenário é possível entender, por exemplo, a incorporação da necessidade de respeito às práticas tradicionais, fruto da demanda do protagonismo indígena.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas

De 25 a 27 de outubro de 1993 ocorreu em Luziânia, GO, a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (CNSPI), como parte integrante da 9ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorrera no ano anterior (Conferência..., 1993; ver também capítulo de Diehl nesta coletânea).

Tal conferência teve papel fundamental na proposição da Lei Arouca, pois trechos inteiros de seu relatório final foram inseridos na justificativa da sua proposição pelo deputado Sergio Arouca. A associação entre a lei e a conferência é tão forte que um dos entrevistados chegou a afirmar que o próprio Arouca fez a relatoria do evento, informação que não se confirmou em outras entrevistas. No entanto, o fato de o imaginário do campo permitir tal enunciado é evidência da importância dessa conferência para os rumos da saúde indígena. Os relatos dos alguns entrevistados que acompanharam esse processo (Zezinho Kaxarari, Cristina Tavares, Ulisses Confalonieri) nos levam a presumir que o projeto da Lei Arouca foi escrito pela assessoria do deputado Sergio Arouca tendo como base o relatório final dessa conferência.

Nessa conferência visava-se a reafirmar a responsabilidade do governo federal sobre a organização, gestão e financiamento da saúde indígena, conforme já previa o decreto n. 23, constituindo-se como uma diferença fundamental em relação ao tema da municipalização, mote, inclusive, da própria 9ª CNS, da qual a 2ª CNSPI era parte integrante.

> *A IX CNS, em 1992, apontava a municipalização como caminho técnico-político para implantação do SUS, descentralizando a execução das ações e fortalecendo a participação política. Entretanto, historicamente, o movimento indígena e indi-*

> *genista foi contrário à municipalização por questões de conflitos locais por terra, entre outros.* (Pontes *et al.*, 2019: 155).

Como salientou Cunha (2018: 433) o "índio é federal" desde a Constituição de 1934, o que de alguma forma protegeu o território indígena contra os interesses dos poderes locais, e "Darcy Ribeiro gostava de lembrar que a questão não era propriamente indígena, mas sim uma 'questão do não indígena' querendo se apropriar das terras dos índios".

Essa posição gerou uma contradição com a tendência organizativa mais geral do SUS, orientada para a municipalização. O MS recebeu uma incumbência para cuja realização não dispunha de condições operacionais mínimas, visto que a Lei Orgânica da Saúde atribui funções regulatórias e de gestão ao nível federal de governo, ao passo que a demanda gerada pela criação do subsistema de saúde indígena implicava responsabilidade pela execução direta de ações de atenção primária à saúde nas aldeias (Garnelo, 2014).

Além disso, o "enfoque diferenciado" é reafirmado como qualificação necessária à universalidade do sistema, pois significava tratar "adequadamente povos diferentes". De certa forma, a ideia de "diferenciado" surgia como contraponto à categoria de "universalidade", que, do ponto de vista de uma crítica descolonizadora, apaga as especificidades e homogeneíza contextos e sujeitos completamente diferentes. Desde o momento das lutas pela aprovação dos dispositivos constitucionais, os movimentos indígenas e indigenista perceberam que precisariam atuar para afirmar suas diferenças:

> *Ali a gente percebeu que, assim, não tinha jeito: ou faz uma lei pra índio, ou não vai ter jeito. Porque aqui [no SUS] vai ser essa coisa: saúde é um direito de todos; o índio tá no meio do "todos" e vai ser no pacotão, né?* (Entrevista de Douglas Rodrigues e Sofia Mendonça, 2018)

Langdon e Diehl (2007: 21) destacam duas questões essenciais para a compreensão da atenção diferenciada. Em primeiro lugar, ela garantiria a "participação política das nações indígenas na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde"; em segundo lugar, contemplaria "o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde". Segundo as autoras, tais recomendações têm sido incorporadas nas conferências de Saúde Indígena e na legislação específica da saúde indígena.

Outro sentido importante de "diferenciado" vem de um artigo publicado em 1989 por Ulisses Confalonieri. De acordo com entrevistados, tal artigo foi escrito a partir de uma discussão no Conselho Indigenista Missionário (Cimi), em 1989, sobre os dilemas de organização do sistema de saúde para os povos indígenas. Contudo,

o próprio autor do texto não tinha ainda a exata dimensão do que significava essa atenção diferenciada. Na entrevista que concedeu à pesquisa, Ulisses afirma que o artigo foi fruto de "uma primeira necessidade de chamar a atenção para uma coisa muito incipiente, né? Era um... como é que eu vou dizer? Era uma... um alerta, vamos dizer assim, né? Não tinha, assim, nada muito concreto operacionalmente etc.". É evidente que se buscava no debate público a construção de argumentos que legitimassem a construção de uma política nacional específica para os indígenas.

Entre as implicações do novo modelo questionava-se a delimitação de territórios de abrangência dos distritos sanitários, que deveriam se pautar pelo ordenamento instituído pelas terras indígenas, não coincidindo com as segmentações municipais que orientam as áreas de abrangência sanitária no SUS. O diferenciado, neste caso, anteciparia uma distinção em relação à municipalização do sistema de saúde.

Além disso, com a "abordagem diferenciada" incluída no relatório da 2ª Conferência[7] buscava-se garantir a necessária conjugação entre assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional, entendidos como marcos norteadores da política de saúde indígena. De fato, essa preocupação também aparece literalmente no texto final da Lei Arouca:

> Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.[8]

Chamamos atenção para o fato de que o reconhecimento legal da relação entre a saúde e os modos de vida indígenas, fortemente dependentes da demarcação de terras e de outras políticas setoriais, não é uma questão corriqueira e sem conflitos, sendo por isso também relevante para se compreender o contexto de tramitação da lei.

Outro ponto essencial que o relatório da conferência apresenta é a ideia de que o modelo assistencial para atenção à saúde indígena deveria ter como base o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Entendido como um sistema local de saúde, o modelo dos distritos sanitários foi aventado como uma das alternativas de organização da rede assistencial nas fases iniciais da implantação do SUS, porém o avanço das propostas de municipalização das ações de saúde deixou essa alternativa de organização dos serviços em plano secundário na maior parte das municipalidades:

> A Comissão Nacional da Reforma Sanitária apresentava o "distrito sanitário como unidade operacional básica do Sistema Nacional de Saúde". É interessante notar que a distritalização vai se manter como a proposição organizativa do subsistema, mas não do SUS, que adota a municipalização. (Pontes *et al.*, 2019: 155)

O distrito sanitário permaneceu, dessa forma, como modelo assistencial preconizado para a organização do subsistema de saúde indígena, mostrando-se particularmente útil pela possibilidade de definir um território de abrangência da rede distrital de unidades de saúde, sem a obrigatoriedade de fazê-lo coincidir com as fronteiras municipais e estaduais, que guardam lógica distinta daquela usada para demarcar as terras indígenas. Assim, o modelo distrital permitiu que se preservasse mais uma das especificidades demandadas ao subsistema. Ressaltamos, por fim, que a defesa dos distritos sanitários tinha como referência a própria criação do Distrito Yanomami em 1991 (ver capítulo de Athila nesta coletânea).

O contexto da questão indígena no Legislativo: breve aparte!

No dia 29 de junho de 1994, Sergio Arouca apresentou seu projeto de lei. Nesse mesmo dia, uma comissão especial da Câmara dos Deputados apreciava as 177 emendas ao PL 2.057 de 1991, que se encontrava parado na mesa diretora da Câmara. De acordo com o regimento interno dessa Casa, caso um PL verse sobre matérias de competência de mais de três comissões, pode-se solicitar a criação de uma comissão especial. Este era o caso do PL 2.057de 1991,[9] com o qual se buscava alterar o Estatuto do Índio, produzido pelo regime ditatorial, e torná-lo congruente com os dispositivos constitucionais de 1988. Um dos temas abordados por esse PL era a saúde indígena.

O PL 2.057/91 é mais uma das frentes de luta no que aqui chamamos de via legislativa. De acordo com a entrevista realizada com Paulo Machado, foi parte de um esforço do Cimi para aprovar um PL que atualizasse o Estatuto do Índio, superando os aspectos ditatoriais contidos no dispositivo legal de 1973 e avançando na garantia da autonomia e dos direitos dos povos indígenas. Entre os diversos temas contidos no PL 2.057/91, o capítulo da Saúde – embora anterior ao PL que resultou na Lei Arouca – em grande medida já continha recomendações sobre a gestão da saúde indígena que posteriormente foram incorporadas a esta lei. É o caso em particular da ideia de participação da sociedade civil na condução das políticas de saúde indígena. Essa congruência entre as ideias do PL 2.057/91 e as da Lei Arouca fortalece o argumento de que havia um contexto mais geral de disseminação de ideias e formação de consensos relacionados à saúde indígena.

No capítulo Saúde do PL 2.057/91, propunha-se, por exemplo, a criação de uma comissão, nos moldes do que veio a ser a Cisi, composta por "um representante da FNS, um representante do órgão indigenista, um representante no MPF, um representante do Congresso Nacional, três representantes de organizações indígenas de âmbito nacional, um representante de organizações da sociedade civil de apoio ao índio" (§1º do art. 64). Portanto, uma formação paritária com responsabilidade de, entre outras, "elaborar as diretrizes de uma política de assistência à saúde das comunidades indígenas", além de "estabelecer os Distritos Especiais e Autônomos de Saúde". A responsabilidade de elaborar diretrizes para uma política de assistência à saúde das comunidades indígenas jamais foi aprovada tal como consta no PL 2.057/91, entretanto a comissão nele proposta foi criada no mesmo ano, por resolução do CNS. Ou seja, uma propositura que adentrou o cenário através da via legislativa foi incorporada no âmbito das instâncias de controle social do SUS, no campo do que aqui chamamos de via administrativa.

A alternância de temas que adentram a arena decisória num espaço e depois são incorporados por outro também reforça nossa argumentação de haver, naquele momento histórico, intenso diálogo entre as entidades civis e representantes do Executivo e do Legislativo, além de um clima político favorável ao reconhecimento de direitos civis em geral e de minorias em particular, gerando um contexto favorecedor da aprovação e criação do subsistema.

Entretanto, o PL 2.057/91 não era a única iniciativa voltada para o reconhecimento dos direitos indígenas. O deputado Tunga Angerami (PSDB-SP) e outros 21 deputados (entre os quais o próprio Sergio Arouca) haviam proposto em 1992 o PL 2.619/1992, que também versava sobre a revisão do Estatuto Índio e em seu artigo 67 trazia a proposta de criação de uma Comissão Intersetorial de Saúde Indígena e no artigo 69 previa que "O Sistema único de Saúde SUS deve promover, proteger e recuperar a saúde dos povos indígenas, atendendo às características especiais da assistência aos mesmos, através de Distritos Sanitários Indígenas". Pelas semelhanças presentes nos dois projetos de lei, é bem provável que o PL 2.619/1992 também tenha tido relação com a atuação do Cimi.

Tais projetos de lei anteciparam até mesmo o que viria a ser disposto no relatório da 2ª CNSPI, realizada dois anos depois, sobre os distritos especiais. Esse conjunto de dados fornece elementos para pensarmos a Lei Arouca não como um momento estanque ou produto da ação de um sujeito ou grupo isolado, mas sim como o resultado de um amplo movimento que acumulou discussões e forças ao longo de décadas, até se conformar como um fluxo duplo capaz de gerar respostas tanto no espaço legislativo quanto no administrativo.

Trâmites do projeto da Lei Arouca

Em 28 de março de 1995, logo após ser desarquivado (ver nota 3), o projeto foi encaminhado para a Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias, onde recebeu parecer favorável do deputado Gilney Viana (PT), médico e defensor das causas indígenas (FGV, s. d.). Em seguida, no dia 1 de junho de 1995, o projeto foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família, onde recebeu parecer favorável do relator, deputado Eduardo Jorge (PT), também médico. No dia 25 de agosto de 1995, na Comissão de Finanças e Tributação o parecer do relator, deputado José Fortunatti (PT), foi aprovado. O próximo passo foi a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, na qual o projeto ficou por 18 meses.[10] O relatório do deputado Roland Lavigne (PL), também médico, foi aprovado no dia no dia 1 de dezembro de 1995, tendo sua redação final[11] (dada pelo deputado Nilson Gibson, do PSB) aprovada apenas em 22 de outubro de 1997. Como não foi objeto de recursos contrários, não houve necessidade de análise pelo plenário da Câmara (art. 58 e art. 132, § 2º do RICD), e o projeto seguiu para o Senado.

Dessa forma, no dia 30 de outubro de 1997 o projeto chegou à mesa diretora do Senado e foi prontamente encaminhado à Comissão de Constituição e Justiça. No entanto, a aprovação do relatório, feita pelo senador Roberto Freire (PPS), só se deu um ano depois, no dia 11 de novembro de 1998. No dia 12 de maio de 1999, já com um terço do Senado Federal tendo tomado posse, o projeto, relatado pelo senador Tião Vianna (PT), foi aprovado na sua Comissão de Assuntos Sociais. Em 31 de agosto de 1999 o projeto finalmente foi votado pelo plenário do Senado[12] e em 8 de setembro encaminhado para a sanção da Presidência da República, que enfim o sancionou em 23 de setembro do mesmo ano.

Cabe reiterar que a portaria n. 1.163/1999 do MS havia sido publicada dias antes. Esse conjunto de iniciativas com origens distintas, uma oriunda do Congresso Nacional e a outra do Executivo, que confluíram para um resultado final relativamente rápido, mas sobretudo harmônico e articulado entre os diferentes poderes, é algo inusual no exercício da gestão pública brasileira, na qual os prazos de regulamentação e de tomada de decisão podem ser muito alongados. É também um desfecho muito distinto daquele dos projetos de lei n. 2.057/91 e n. 2.619/1992, que enfrentaram forte oposição entre os congressistas e jamais foram aprovados.

O trâmite e desfecho incomuns da criação do subsistema de saúde indígena sugerem que a intervenção presidencial tenha gerado um fluxo próprio, não apenas no âmbito do Executivo, por intermédio do MS, mas quiçá no próprio Parlamento, acelerando a velocidade de tramitação da Lei Arouca e aparando arestas e obstáculos à sua aprovação. Em sua entrevista, Santilli ressaltou que "saiu um monte de coisa junto, na mesma época, entendeu? Quando tomou a decisão política, 'então vamos', aí tudo que tinha a ver andou, de repente", pode-se dizer, com uma

velocidade incomum. Da mesma forma, o entrevistado Moreira destacou que "Na hora que tomou a decisão pra sair, eu acho que não demorou 45 dias, foi negócio de um mês, um mês e pouco" para que a portaria fosse editada.

Outra ação diretamente coordenada pela Presidência da República foi a edição, pouco antes da promulgação da Lei Arouca, do decreto n. 3156, de 27 ago. 1999, cujo teor pouco se distingue da já citada portaria 1.163 do MS. Parlamentares como o senador Mozarildo Cavalcanti reconhecem que o decreto n. 3.156 trata "exatamente dessa matéria. Aliás, diria mesmo que é uma cópia ampliada do projeto [da Lei Arouca]. Mas uma coisa não invalida a outra, porque na verdade a lei aprovada necessitaria de regulamentação" (Mozarildo Cavalcanti em fala no Senado). De certa forma, o senador Mozarildo Cavalcanti tinha razão ao afirmar que se tratava de uma regulamentação da Lei Arouca, mesmo que, paradoxalmente, antes que essa existisse. Tais eventos representam um caso raro na administração pública brasileira, em que instrumentos que regulam a aplicação de uma lei foram tornados público antes que a própria lei fosse publicada.

Apesar da tramitação sem emendas, nem tudo fluiu sem percalços no Congresso Nacional. Em 24 de junho de 1999 o PL da Saúde Indígena estava pronto para ser analisado em plenária, quando o senador Jader Barbalho apresentou um requerimento de adiamento da discussão para o dia 31 de agosto. Segundo os *Anais da Câmara* (23(19): 50, 1999), o senador Barbalho atendia ao apelo do ministro da Justiça, Renan Calheiros, para que a análise pelo plenário do Senado fosse adiada. As razões para tal nunca foram esclarecidas. Pode-se aventar a hipótese de que o Ministério da Justiça, ao qual a Funai estava subordinada, estivesse em diálogo com a Casa Civil e o MS com vistas à elaboração, ou mesmo se opondo ao decreto n. 3.156, que na prática era lesivo aos interesses da Funai, pois retirava desta a competência sobre a saúde indígena, transferindo-a para a Funasa.

Também não se pode afastar a possibilidade de que se tratasse de uma tentativa de retardar o processo desencadeado pela atuação presidencial, pois tanto Renan Calheiros quanto Jader Barbalho eram políticos conservadores que cresceram à sombra da ditadura e, juntamente com Romero Jucá, que por décadas controlou a Funai, tinham interesses na ocupação e exploração de terras indígenas. Essa hipótese permite uma interpretação alternativa do decreto 3.156 como um arranjo do Poder Executivo para se antecipar a eventual oposição no Congresso Nacional, por meio de medidas que concretizavam a efetivação do subsistema e dificultavam seu retrocesso, ao estabelecer, por exemplo, o número de cargos e gratificações alocados para a implantação e gestão do subsistema nascente.

Essa argumentação que propomos é um pouco diferente da interpretação presente no trabalho de Shankland (2009), para quem o sucesso da Lei Arouca se deve à intervenção de uma lobista que passou a intervir em 1999. Tal hipótese

não nos parece razoável, especialmente diante do relato de que o presidente da República tomara para si a responsabilidade sobre a questão da saúde indígena.

> Esse impasse foi rompido em 1999, quando o lobista de Douglas [Rodrigues; ver adiante] agilizou [a tramitação] da Lei Arouca no Congresso e o governo Fernando Henrique Cardoso publicou abruptamente uma enxurrada de decretos, transferindo pessoas e verbas orçamentárias da Funai para a Funasa. Tais medidas reposicionaram a saúde indígena como uma temática a ser abordada mais pelo sanitarismo do que pelo indigenismo – ou, talvez, por um curioso híbrido: o indigenismo sanitarista. (Shankland, 2009: 138, tradução nossa)

Na semana seguinte à edição do decreto n. 3.156, o projeto da Lei Arouca foi analisado no plenário do Senado, e chamou a atenção da senadora Marina Silva o fato de que "o Congresso Nacional assumiu uma posição unânime em relação a esse projeto. Nenhum dos Srs. Líderes, com quem conversamos, colocou objeção à aprovação desse projeto" (Marina Silva, 31 ago. 1999). As amarras e costuras necessárias à aprovação do projeto já haviam sido feitas pelo próprio governo.

Tramitando nos "limites possíveis da constitucionalidade"

A expressão entre aspas no título desta seção foi extraída de um trecho da argumentação do senador Tião Vianna, relator do projeto da Lei Arouca numa das comissões do Senado. No pronunciamento, o parlamentar aponta que um PL não poderia legislar sobre atribuições exclusivas da União, na medida em que, de acordo com a Constituição Federal de 1988, cabe privativamente ao presidente da República dispor sobre a "organização e funcionamento da administração federal". Havia um questionamento se a Lei Arouca invadiria essa competência na medida em que sua aprovação implicaria uma reformulação interna do MS. No texto original da proposta de lei (que foi se alterando ao longo da tramitação) impunha-se, por exemplo, a criação de um colegiado decisório específico para a saúde indígena, o que foi retirado da versão final[13] muito provavelmente para evitar qualquer inconstitucionalidade.

A publicação do decreto n. 3.156 facilitou, então, a superação de uma potencial inconstitucionalidade, na medida em que as necessárias mudanças na estrutura do MS já haviam sido previamente estabelecidas em seu teor. Além disso, a movimentação presidencial sugere que os parlamentares tinham uma sinalização de que o Poder Executivo não interporia obstáculos às mudanças na sua estrutura

decorrentes da aprovação da Lei Arouca. No conjunto, pode-se dizer que a tramitação da lei que criou o subsistema de saúde indígena não encontrou oposição.[14]

A leitura dos pareceres dos relatores que analisaram o PL e dos breves comentários que se seguiram a estes nos permitiu identificar um certo núcleo de argumentação que cingia em torno de cinco temas: 1) o reconhecimento da autoridade científica de Sergio Arouca;[15] 2) a expressão do sofrimento indígena; 3) a demonstração de que o projeto não geraria custos adicionais ao governo; 4) a ideia de que a saúde indígena não havia sido contemplada na Reforma Sanitária; e 5) o reconhecimento da cidadania indígena.

A análise aqui empreendida não visa a determinar o peso de cada um desses núcleos no processo de tramitação, mas tão somente a mapear as estratégias argumentativas, na linha analítica proposta por Perelman e Olbrechts-Tyteca (1996), utilizadas no sentido de convencimento do auditório.[16] A perspectiva de Bowe, Ball e Gold[17] (1992: 13) também permite abordar a política como um discurso, "constituído de possibilidades e impossibilidades". Além disso, com base na leitura da obra de Ball feita por Rezende e Baptista (2015), estamos atentos à necessidade de reconhecimento do contexto em que a política é produzida.

Além do contexto político-social mencionado na introdução deste capítulo, destacamos três outros aspectos do contexto nacional que influenciaram internamente o Parlamento brasileiro na tramitação da Lei Arouca, quais sejam: 1) a mobilização de grande número de apoiadores da causa indígena, aí incluído um número até expressivo de parlamentares, ao lado do protagonismo do próprio movimento indígena em favor da implantação do subsistema; 2) diversas matérias jornalísticas que sensibilizaram a opinião pública; e 3) o papel do MPF. Tais aspectos contribuíram, nos termos das autoras, para a conquista de "apoio aos argumentos", conferindo "legitimidade aos conceitos" e, finalmente, angariando assentimento às "soluções propostas" (Rezende & Baptista, 2015: 277).

O contexto da década de 1990 favorecia a participação de sujeitos com reconhecimento científico que poderiam se pronunciar sobre a política. Era o caso de Sergio Arouca, que se fez político em função de uma atuação social muito intensa. Tal autoridade ficou evidente no percurso da lei, mesmo que o próprio Arouca nunca tenha se pronunciado publicamente sobre ela no Parlamento. Nas entrevistas pudemos constatar uma sensação, amplamente aceita, de que todos respeitavam Sergio Arouca, um comunista que fora presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no governo Sarney. De fato, Arouca trazia consigo um reconhecimento político e científico desde pelo menos a campanha que o levou a ser nomeado presidente da Fiocruz. De acordo com Christina Tavares, assessora que o acompanhou por muitos anos, a indicação do Arouca para a Fiocruz decorreu de um movimento que costurou uma série de apoios nacionais e internacionais:

> *Um coletivo que começa no Rio e ele cresce no Brasil todo e cresce internacionalmente pra colocar ele na Fiocruz, na presidência da Fiocruz. (...) [começou com parlamentares] depois entidades de classe, SBPC, pegamos tudo, pegamos ciências, saúde pública, as escolas de saúde pública do Brasil todo, entidade... aí pegamos depois Federação da... dos Médicos, MST, aquele das favelas, então o nome do Arouca começa a ser uma fortaleza pra ser indicado pra presidente. (...)*
>
> *Aí chegou o momento de levar o nome do Arouca pro Sarney e ele [Carlos Santana, então ministro da Saúde,] falou assim: "Olha, eu tenho apoio do Brasil inteiro, da população brasileira, mas vou te avisando, é comunista, pra ninguém chegar aqui depois e falar assim 'ah, mas você nomeou um comunista'. Então, é comunista, mas é o único que vai aguentar a Fiocruz depois de anos de ditadura militar, ele é o único que entende de uma coisa que é mais barata do que a medicina curativa". E Sarney, tranquilamente, assinou, confiando no Carlos Santana...* (Entrevista de Christina Tavares, 2019)

Sobre a tramitação desse PL, destacamos como o primeiro argumento favorável à sua aprovação os elementos que ressaltavam a autoridade científica de seu autor. O deputado Eduardo Jorge, por exemplo, destaca o "cuidado" do Arouca em elaborar a lei. O deputado Roland Lavigne se refere a Arouca em seu parecer como "nobre deputado". O senador Roberto Freire destacou que Arouca era "referência em nível nacional nas questões de saúde pública". Em seguida, o senador Romero Jucá destaca a "larga experiência nessa área". As palavras do senador Tião Viana na Comissão de Assuntos Gerais são mais evidentes: Sergio Arouca "é uma das pessoas mais lúcidas na visão de saúde pública do País".

O comprometimento da bancada do PMDB em discutir o projeto foi expresso em função de "que o autor do projeto, o Dr. Sergio Arouca, é uma figura respeitável na área da saúde pública no Brasil" (Jader Barbalho, 24 jun. 1999, Plenário da Câmara). Na mesma sessão plenária, o senador Roberto Freire destaca que

> O projeto é uma tentativa do deputado Sergio Arouca, um dos maiores sanitaristas deste País, de interpretar o pensamento do setor de saúde: atribui ao SUS o atendimento às populações indígenas, mas de forma diferenciada, respeitando as características das nações indígenas, sua cultura, sua identidade, as peculiaridades de sua vida. (24 jun. 1999, Plenário da Câmara)

Por fim, ao defender o projeto no plenário do Senado, Tião Viana assegura que Sergio Arouca é "um dos maiores conhecedores da saúde pública deste País e um dos maiores sanitaristas da nossa história". O entrevistado Paulo Machado Guimarães destacou a influência direta da autoridade científica de Sergio Arouca na tramitação de seu PL:

> *Então, então, uma coisa que eu tenho... uma coisa que sempre tive um registro e um respeito muito grande é o seguinte: o pessoal da área de saúde pública sempre desenvolveu uma reflexão em termos de política pública na área de saúde, numa ideia avançada... o Sistema Único de Saúde é uma concepção avançadíssima, então... a turma formulou. Essa turma que se envolveu nisso tem muito respeito e articulação, além do que o próprio autor é inegável... Aí ajudou enormemente, porque ele era um cara muito respeitado na área, no Congresso como um todo, num... Ah! Por que era comunista? Não! É o... é o Sergio Arouca, o cara... um sanitarista, um médico experientíssimo, então muito respeitado, isso ajudou muito.* (Entrevista de Paulo Machado Guimarães, 2019)

O segundo elemento argumentativo identificado no processo de tramitação e que certamente teve grande influência em sua aprovação foi o reconhecimento das precárias condições de saúde dos povos indígenas. Em seu voto, o relator Gilney Viana destacou que "a situação de saúde dos povos indígenas é precária, exigindo medidas emergenciais urgentes e específicas" (12 maio 1995). Mas foi no Senado que esse argumento ficou mais evidente. Durante uma das discussões realizadas nas comissões, o senador Romero Jucá afirmou:

> Sabe-se que muitas das comunidades indígenas não são cobertas pela atuação da Funai, principalmente na área da saúde, por faltar ao órgão estrutura para esse fim. Na verdade, as comunidades indígenas, por morarem longe dos grandes centros, são também relegadas ao atendimento de segundo e terceiro planos, já que faltam recursos para a saúde, mesmo nas grandes cidades, imaginem no interior. (Romero Jucá, 11 nov. 1998)[18]

Em seguida, o senador Romeu Tuma relata sua experiência em relação às condições de saúde dos povos indígenas:

> A situação era lastimável, pois não havia nenhuma assistência. No aspecto odontológico, a situação era ainda mais terrível (...) esse projeto tem de ser aprovado, porque o Brasil precisa voltar-se para as regiões menos favorecidas. Portanto, sou favorável à aprovação e ao relatório do senador Roberto Freire. (Romeu Tuma, 11 nov. 1998)

Na fala do senador Morazildo Cavalcanti podemos perceber também, no contexto da tramitação da lei, o papel da grande mídia, que embora tenha aparecido nos discursos parlamentares apenas uma vez, certamente teve grande influência no imaginário político-social da época. Tratava-se de um período de grandes impactos negativos sobre a saúde indígena, situação potencializada pela epidemia de malária que dizimara a população Yanomami poucos anos antes,

> porque na verdade o que se passa hoje em relação à saúde nas comunidades indígenas é um verdadeiro caos. A União, que é responsável por essa assistên-

> cia, não a presta porque a Funai especificamente, que tem convênio em vários Estados com a Fundação Nacional de Saúde, presta um desserviço à saúde dos índios. Tanto é que recentemente pudemos ver, em um noticiário da Rede Globo de Televisão, que dos nove mil índios Yanomamis, em Roraima, cinco mil estavam contaminados pela malária, o que atesta claramente a ineficiência do sistema. (Mozarildo Cavalcanti, notas taquigráficas do dia 12 de maio de 1999)

O mesmo senador, em discurso no plenário durante a votação final do PL, foi mais duro em seu diagnóstico sobre a situação indígena e a responsabilidade da Funai:

> Desde que assumi a minha cadeira no Senado, no início deste ano, venho denunciando a incapacidade da Funai em dar uma assistência adequada aos índios, mormente nas reservas da Amazônia, onde, mesmo com convênio com a FNS, não prestava nenhuma assistência condigna aos índios. (*Anais da Câmara*, 23(24): 552, 1999)

O senador Sebastião Rocha também relatou a situação precária em seu estado:

> O Amapá, meu Estado, possui quatro reservas indígenas, e lá se observa também uma deficiência muito grande no atendimento à saúde dos povos indígenas. Certamente o intuito deste projeto – que se espera, transformado em lei tenha a eficácia desejada – é facilitar o acesso dos índios aos serviços públicos de saúde. (*Anais da Câmara*, 23(24): 552, 1999)

No início da apresentação do PL na Comissão de Assuntos Gerais, o senador Tião Viana faz um importante destaque, resgatando o relatório em que a procuradora Raquel Dodge mostra que "somente as causas de morte consideradas sem assistência médica foram da ordem de 22,3%. E as outras causas de mortes confluem para a prevalência primeira das doenças infecciosas e parasitárias" (Notas taquigráficas do dia 12 de maio de 1999). Essa questão é tratada na tese de Shankland como um artifício de convencimento dos deputados:

> A visibilidade dos "índios vitrine" do Xingu e de grupos recentemente contatados como os Yanomami – que eram notícia na época, por terem sido acometidos por mais um surto devastador de malária – reforçou a imagem dos indígenas como exóticos e vulneráveis, descritos aos deputados pelo lobista de Douglas como os "pobres índios". (Shankland, 2009: 135, tradução nossa)

O terceiro elemento argumentativo relevante foi a ideia de que a lei não geraria custos. Esse argumento é relevante sobretudo num contexto em que se falava sobre a "reforma do Estado", colando neste a pecha de perdulário. Portanto, uma lei boa não era aquela que garantiria direitos à população, mas aquela que implicasse pouco ou nenhum gasto. Baptista, Gomes e Nogueira (2012: 290) ressaltaram que a

partir da década de 1990 o vocabulário político, a começar pelo mesmo parlamento que aprovara o SUS, passou a incorporar os valores de "contenção orçamentária, com o alinhamento político do governo às medidas de ajuste estrutural externo". O senador Roberto Freire se encarregou desse discurso em seu voto na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ):

> ... mesmo já tendo sido apresentado há algum tempo, enquadra-se na visão de que é necessário o Governo ter política de diminuir despesas, desperdício e paralelismo. (...) Gostaria de dizer que tal proposição não cria nenhum organismo, entidade ou departamento, com o intuito de diminuir a ineficiência, muito comum no sistema de saúde público brasileiro, mas o insere em um subsistema do Sistema Único de Saúde, aproveitando seus conceitos, organograma básico, processos técnicos e a própria administração, ou seja, é apenas um subsistema sem criação e ampliação do que se pode chamar aparelho do Estado, visando apenas tornar objetivo um determinado tipo de atendimento, com suas especificidades, como as populações indígenas. Como relator da matéria aqui na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, tenho apenas a enaltecer essa preocupação antiga, quando não se falava de ajuste e cortes de despesas, que o tema já se enquadrava nessa filosofia, o que é inclusive algo que credencia ainda mais quem já possui uma referência em nível nacional nas questões de saúde pública, como o deputado Sergio Arouca. Portanto, meu voto é favorável à aprovação do projeto. (Roberto Freire, CCJ, 11 nov. 1998)

O quarto elemento argumentativo que destacamos está presente na própria justificativa apresentada por Arouca na proposição do projeto. Segundo ele, a legislação brasileira sobre a saúde pós-Constituição tinha "deixado à parte as questões que se referiam à saúde das populações indígenas" e o PL visaria a "sanar essa omissão". A referência a essa constatação (e também estratégia de convencimento) ocorre em função da sua recorrência ao longo de todo o processo de tramitação. Na primeira comissão o relator destacou que "esse projeto de lei vem sanar uma omissão na Constituição Brasileira, que deixou à parte as questões referentes à saúde das populações indígenas" (Gilney Viana, 12 maio 1995). Da mesma forma, o segundo relator ressaltou que "o projeto em análise tem como objetivo sanar uma lacuna importante detectada na legislação sanitária brasileira" (Eduardo Jorge, 15 ago. 1995).

No Senado, por sua vez, Tião Viana ressaltou que

> tecnicamente, a solução proposta pelo presente Projeto de Lei mostra-se louvável e plenamente adequada, vez que atende à necessidade de se estabelecer uma política específica de assistência à saúde de um segmento peculiar de nossa população, cujas características históricas e culturais o situam em um patamar totalmente diferenciado. (12 maio 1999)

A ideia de política específica, neste caso, traz à tona justamente o reconhecimento de que antes não havia nada similar. Destacamos esse ponto também em função de uma necessidade de questionar o sentido de universalidade e igualdade presente na Reforma Sanitária brasileira. De um ponto de vista, tais categorias são colonizadoras, pois acabam ignorando ou homogeneizando situações abissalmente distintas, como a da saúde indígena. Essa questão é abordada na justificativa da proposição do PL quando Arouca reconhece que "o caráter de universalidade do Sistema de Saúde somente pode ser viabilizado através de enfoque diferenciado, tratando-se adequadamente e particularmente povos diferentes".

O último elemento a ser destacado é o reconhecimento da habilidade indígena em manusear os instrumentos da cidadania, neste caso, a força da participação. O voto do relator Gilney Viana destacou que "o projeto é fiel aos princípios gerais definidos nas Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas (...). A II CSPI (...) contou com a participação de 200 delegados indígenas e não indígenas" (12 maio 1995). Além disso, o deputado Eduardo Jorge ressaltou que o projeto "reveste-se de caráter extremamente democrático, uma vez que representa o fruto das discussões realizadas por ocasião da CNSPI em 1993" (15 ago. 1995). Outro deputado estabelece uma conexão direta entre as expectativas indígenas e a condução das políticas públicas, afirmando que o projeto "atende, ainda, expectativa da Conferência da Saúde de Povos Indígenas de 1993" (José Fortunatti, 25 ago. 1995). O senador Tião Viana, por sua vez, destacou que o projeto

> assegura a participação das populações indígenas nos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, resguardando a oitiva das reivindicações desse segmento da população brasileira quanto aos seus interesses indiretos e quando os seus interesses diretos estiverem sendo debatidos. [E ressaltou seu papel propriamente político, pois,] politicamente, o projeto preserva os direitos das minorias indígenas ao franquear-lhes a participação nos órgãos formuladores da política de saúde, contribuindo decisivamente para a consolidação da noção de cidadania, fortalecendo esse segmento histórico de nossa sociedade civil. (12 maio 1999)

Por fim, em relação aos aspectos do contexto brasileiro que consideramos terem influenciado o processo de tramitação da lei cabe descrever o trabalho de pressão sobre parlamentares para a agilização da tramitação do PL, que alguns chamaram de *lobby* e outros de mobilização política em apoio aos indígenas e convencimento das autoridades. Essa parece ser uma atividade que, nos moldes da mobilização instituída em torno da aprovação da Constituição, durou certo período durante e após a aprovação da lei.

A menção mais importante à existência de um *lobby* ocorreu na entrevista de Douglas Rodrigues, profissional vinculado à Escola Paulista de Medicina. Para

esse entrevistado, a atuação de uma lobista profissional foi decisiva na tramitação do projeto de lei do Arouca:

> *E isso coincidiu com uma época que a Escola Paulista de Medicina estava querendo virar universidade, e havia sido contratada uma empresa de* lobby*, uma lobista, uma mulher e mais uns assessores que estavam fazendo* lobby *pra que a universidade fosse transformada, e foi muito rápido! Parece que a empresa foi eficiente, e o professor Hélio Egydio, que foi o primeiro reitor aqui, falou, quando eu fui dizer pra ele "Pô, vocês precisam ajudar a gente lá com os deputados e tal, nós já temos uma proposta" (Cada um ia buscando, o nosso combinado era esse, cada um no seu canal, vamos lá, né?). E aí ele falou "Ó, você faz o seguinte, eu tô pagando à toa, porque eu fiz um contrato de 1 ano, e em 6, 7 meses saiu [a conversão da Escola Paulista como Universidade Federal]. Vai lá!". E essa mulher fez umas coisas mais malucas que eu já vivi na vida, que é andar naquele Congresso, pra cima e pra baixo, na sala de um e na sala de outro, falando. E eu ia de enfeite. Ela ia dizendo, aí chegava lá e falava "Esse aqui é o médico", tudo bem, aí fomos, fomos, fomos...* (Entrevista de Douglas Rodrigues e Sofia Mendonça, 2018)

Os dados disponíveis não permitiram dimensionar a existência ou o papel desempenhado por uma lobista profissional na aprovação da Lei Arouca. Mas o conjunto de informações levantadas atesta de modo incontestável a atuação de forte mobilização exercida por agentes políticos de origens muito diversas, abrangendo sindicatos, professores universitários, pesquisadores e organizações da sociedade civil que, ao lado das afluentes organizações indígenas, certamente exerceram influência, em particular na construção de uma sensibilidade a respeito da precariedade da situação da saúde indígena.

Alinhavando os pontos finais

Propusemo-nos, aqui, a mapear o conjunto de influências e dos agentes de poder político que atuavam no cenário de tramitação da Lei Arouca, que resultou na criação do subsistema de saúde indígena. A tramitação e a aprovação do PL da Saúde Indígena transcorreram num inusitado clima de consenso e de harmonia que propiciou um fluxo relativamente acelerado, mas sobretudo sem obstáculos à sua aprovação, apesar da cerrada oposição parlamentar a outros dispositivos legais de proteção aos direitos indígenas que tramitavam simultaneamente no Congresso Nacional e cujo desfecho foi negativo.

O esboço obtido mostrou que o contexto político vigente no período propiciou a atuação coordenada de múltiplas correntes de pensamento e de diversas linhas de atuação técnica e política em favor dos direitos indígenas. Ainda que

limitado, o painel aqui traçado permitiu demonstrar que a Lei Arouca resultou não da atuação isolada de um grupo ou indivíduo – nem mesmo do próprio Arouca, em que pese a importância de seu papel como deputado federal –, e sim da mobilização coordenada de sujeitos políticos capazes de desenvolver estratégias argumentativas (Perelman & Olbrechts-Tyteca, 1996) que foram eficazes o suficiente para garantir a movimentação de parlamentares, e até do presidente da República, além de outros tomadores de decisão em prol da aprovação da lei. Também demonstrou a interveniência de *stakeholders* como o MPF, cuja atuação também foi decisiva na gestão do desempenho das instituições de saúde e proporcionou a base jurídica para o exercício do poder político pelos indígenas, junto ao sistema de saúde. A conjuntura aqui delineada evidenciou um clima político bastante específico da época pós-ditadura militar, na qual a formulação de políticas se permitia permear pela vontade e participação dos cidadãos.

Notas

[1] Este capítulo foi preparado no âmbito da pesquisa Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas, com financiamento concedido a Ricardo Ventura Santos pela Wellcome Trust/UK (projeto n. 203486/Z/16/Z). A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer Conep n. CAAE 61230416.6.0000.5240); informações adicionais sobre o projeto de pesquisa estão registradas na Apresentação desta coletânea.

O texto baseia-se na análise de material documental e de entrevistas realizadas com atores-chave na constituição e desenvolvimento do subsistema de saúde indígena, com vistas a aclarar o entendimento do contexto político que proporcionou institucionalidade à política de saúde indígena. As entrevistas que subsidiaram a construção deste capítulo foram feitas com os seguintes sujeitos: Ailton Krenak, Alba Figueroa, Cristina Tavares, Douglas Rodrigues, Márcio Santilli, Marcos Pellegrini, Paulo Machado, Sofia Mendonça, Ubiratan Moreira, Ulisses Confalonieri e Zezinho Kaxarari. Para outras informações sobre os entrevistados citados ao longo deste capítulo, ver o Apêndice deste volume.

O material documental investigado foi obtido nos sites da Câmara dos Deputados e do Senado Federal e refere-se ao período de abril a agosto de 2019. Debruçamo-nos sobre os pareceres dos relatores, os pronunciamentos relativos ao projeto de lei que deu origem à Lei Arouca e os regimentos internos da Câmara e do Senado. Além disso, quando os pareceres das comissões deixaram dúvidas quanto à condução da tramitação da Lei Arouca, procedemos à audição dos pronunciamentos feitos nessas comissões (diferentemente dos discursos pronunciados no plenário da Câmara dos Deputados, as comissões não têm seus discursos transcritos, mas todos os áudios encontram-se disponíveis no site da Câmara). Ademais, solicitamos via Fale Conosco dois documentos que foram citados durante a tramitação, mas não estavam disponíveis nos sites. Registra-se a celeridade e qualidade das respostas que recebemos, juntamente com os documentos solicitados e esclarecimentos quanto à interpretação dos regimentos internos.

[2] Na verdade, a lei 9.836 de 1999 só é conhecida dessa forma dentro do campo da saúde indígena. Lei Arouca, conforme nomeação dada pela própria Câmara dos Deputados, é a lei n. 11.794 de 1998, que estabelece procedimentos para o uso de animais em pesquisa científica. O projeto dessa lei, diga-se de passagem, tramitou muito mais lentamente do que o do subsistema de saúde indígena, tendo demorado 4.731 dias, ou seja, quase 13 anos, até se tornar lei.

[3] O projeto de lei fora proposto originalmente no fim da legislatura de 1994. No início do ano seguinte, já na nova legislatura e em função do art. 105 do próprio Regimento Interno da Câmara (RICD), fora arquivado. Logo após tomar posse para o seu segundo mandato como deputado federal, Sergio Arouca solicita em 21 de fevereiro de 1995 o desarquivamento de oito projetos de sua autoria e em 9 de março o projeto do subsistema de saúde indígena passa a seguir os trâmites ordinários.

[4] Tal questão se constitui como um paradoxo, na medida em que a redução da atuação do Estado sob a égide neoliberal impede que se atue de forma efetiva na preservação ambiental. Contradição similar tivemos no reconhecimento do direito de acesso universal à saúde por meio do SUS, em paralelo à política de redução do Estado.

[5] Após criada, em 1991, a Fundação Nacional de Saúde recebeu inicialmente a sigla de FNS, que foi depois alterada para Funasa, razão pela qual o mesmo órgão aparece no texto com duas siglas diferentes.

[6] Ressalta-se que no ano de 1999 instalou-se uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Câmara dos Deputados para investigar a Funai.

7 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_conferencia_nacional_saude_povos_ indigenas_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2020.

[8] Disponível em <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 9 abr. 2020.

[9] Foi apensado a esse projeto o PL 2.160/1991, de autoria do Poder Executivo, que também versava sobre a revisão do Estatuto do Índio. O entrevistado Paulo Machado comenta que esse projeto de lei teria sido produzido pelo Centro de Trabalho Indigenista (CTI), atualmente Instituto Socioambiental (ISA).

[10] Não foi possível, no âmbito da pesquisa, entender o porquê dessa paralisação.

[11] O projeto de lei encaminhado ao Senado, após a redação final apresentada pela Câmara, não teve alteração em termos de conteúdo, mas apenas quanto à organização dos artigos, parágrafos, incisos e alíneas.

[12] No dia 24 de junho de 1999 foi juntado ao projeto um ofício do Conselho Indígena de Roraima encaminhado ao presidente do Senado, senador Antônio Carlos Magalhães, solicitando agilização da tramitação do projeto com a argumentação de que a "Saúde indígena não pode esperar mais tempo. Às vésperas dos 500 anos do Brasil, ainda temos a maioria dos nossos direitos violados e nosso povo massacrado pelos neocolonizadores nacionais. Vergonhosamente, de cada 1.000 nascimentos de indígenas temos 200 óbitos, quase quatro vezes a média nacional". O requerimento foi assinado pelo coordenador Jerônimo Pereira da Silva.

[13] Em ofício encaminhado pela Cisi logo no momento da proposição do projeto por Arouca, esta comissão sugeria a inclusão dessa instância como responsável pela "formulação dos princípios, diretrizes e estratégias da política nacional de saúde para os povos indígenas, bem como o controle da execução desta política". Tal proposta não foi acatada, e a Cisi foi mantida como comissão do Conselho Nacional de Saúde.

[14] Na verdade, houve um único voto contrário durante toda a tramitação do PL no Parlamento. O deputado Aloysio Nunes Ferreira (PSDB-SP) votou contra o projeto na Comissão de Constituição e Justiça e Redação da Câmara, não em função do mérito, mas porque tinha dúvidas quanto à sua constitucionalidade devido à iniciativa de estruturação de órgãos da administração, que, conforme comentado, seria competência exclusiva do Poder Executivo (Áudio da seção de 28/08/1997 - 11:40:07). Além disso, na seção seguinte da mesma comissão, em 22 de outubro de 1997, constam no relatório os votos contrários dos deputados José Genoíno e Luiz Eduardo Greenhalgh, mas ao ouvir os áudios da seção (11:10:28) verificamos que os votos contrários desses deputados se referiam à pauta anterior (renovação da permissão de uma série de rádios pelo Brasil), o que indica um erro na escrita do relatório dessa sessão.

[15] Cabe ponderar que, embora essa tenha sido uma estratégia argumentativa presente nas falas dos deputados e senadores, não é possível aferir o seu peso na condução do processo; em certa medida esse reconhecimento pode ter se constituído como um subproduto da facilidade de tramitação da lei.

[16] Os autores entendem auditório como o conjunto específico de pessoas ao qual os argumentos se dirigem visando ao seu convencimento. No caso em tela, a plateia era constituída por deputados e senadores.

[17] "Isso nos leva a abordar a política como um discurso constituído de possibilidades e impossibilidades que se vincula, por um lado, ao conhecimento (análise de problemas, identificação de objetivos e de soluções), e por outro, à prática (entendida como especificação de métodos que propiciem a implementação e o alcance dos objetivos previstos). Vemos isso como um conjunto de afirmações sobre como o mundo poderia e deveria ser; uma questão de 'alocação autorizada de valores'" (Bowe, Ball & Gold, 1992: 13, tradução nossa).

[18] A análise da retórica não se dedica a identificar a veracidade dos enunciados ou em que medida seus declarantes, de fato, acreditam no que falam. Essa ressalva se faz necessária para não produzirmos a versão ingênua de que determinados políticos mencionados neste texto tenham tido ao longo de suas trajetórias preocupações efetivas com a questão indígena. Romero Jucá, por exemplo, propôs o PL n. 1.610 de 1996, do Senado Federal, que "dispõe sobre a exploração e o aproveitamento de recursos minerais em terras indígenas", em flagrante oposição às necessidades expressas pelos povos indígenas.

Referências

BAPTISTA, T. W. F.; GOMES, M. M. G. & NOGUEIRA, C. O. O Legislativo e a saúde: o debate no período do governo Lula. *In*: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F. & LIMA, L. D. (Orgs.). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

BARROSO HOFFMANN, M. *et al.* Administração pública e os povos indígenas. *In*: ROCHA, D. & BERNARDO, M. B. (Orgs.). *A Era FHC e o Governo Lula: transição?* Brasília: Inesc, 2004.

BOWE, R.; BALL, S. J. & GOLD, A. *Reforming Education & Changing Schools*. London, New York: Routledge, 1992.

COMISSÃO NACIONAL DA VERDADE (CNV). *Relatório Final*. Brasília: CNV, 2014. Disponível em <http://cnv.memoriasreveladas.gov.br/>. Acesso em: 9 jul. 2021.

CONFALONIERI, U. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 5(4): 441-450, 1989.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS, 2, 1993. Relatório Final. Luziânia: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_conferencia_nacional_saude_povos_indigenas_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2020.

CUNHA, M. C. Índios na Constituição. *Novos Estudos Cebrap*, 37(3): 429-443, 2018.

DODGE, R. E. F. Saúde indígena. *Boletim dos Procuradores da República*, 1(2): 21-24, 1998.

DODGE, R. E. F. Povos indígenas: direito, ética e controle social. *Boletim dos Procuradores da República*, 4(38): 14-18, 2001.

FIGUEIREDO, A. C. & LIMONGI, F. Mudança constitucional, desempenho do Legislativo e consolidação institucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 10(29): 175-200, 1995.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV). Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Gilnei Amorim Viana. Verbete. Disponível em: <www.fgv.br/CPDOC/BUSCA/dicionarios/verbete-biografico/gilnei-amorim-viana>. Acesso em: 9 jul. 2021.

GARNELO, L. Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia. *In:* SCHERER, E. & OLVEIRA, J. A. (Orgs.). *Amazônia: políticas públicas e diversidade cultural*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GARNELO, L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do subsistema de saúde indígena. *In*: TEIXEIRA, C. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. (Saúde dos Povos Indígenas)

LANGDON, E. J. & DIEHL, E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, 16(2): 19-36, 2007.

MAGALHÃES, E. *O Estado e a Saúde Indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*, 2000. Dissertação de Mestrado, Brasília: Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 377-389, 2001.

PERELMAN, C. & OLBRECHTS-TYTECA, L. *Tratado da Argumentação: a nova retórica*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

PONTES, A. L. M. *et al.* Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saúde em Debate*, 43(esp. 8): 146-159, 2019.

REZENDE, M. & BAPTISTA, T. W. F. A análise da política proposta por Ball. *In*: MATTOS, R. A. & BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

SHANKLAND, A. J. L. *Speaking for the People: representation and health policy in the Brazilian Amazon*, 2009. Doctoral Thesis, Brighton: Institute of Development Studies, University of Sussex.

SOUZA LIMA, A. C. Revisitando a tutela: questões para se pensar as políticas púbicas para os povos indígena. *In*: TEIXEIRA, C. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. (Saúde dos Povos Indígenas)

SOUZA LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMANN, M. (Orgs.). *Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: Contra Capa, Laced, 2002

VERANI, C. B. L. A política de saúde do índio e a organização de serviços no Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, 15(2): 171-192, 1999. (Série Antropologia)

Dos Organismos às Organizações: a estruturação do DSEI Leste Roraima e as mobilizações em torno da saúde indígena[1]

Maria Macedo Barroso

A construção das políticas de saúde indígena no quadro do "novo indigenismo"

A criação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Leste Roraima ocorreu dentro de uma configuração (Elias, 2008) surgida na década de 1990, que incluiu a reforma do Estado apoiada na terceirização das políticas públicas voltadas para a área social, a Reforma Sanitária, que conduziu à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e os esforços de atores indígenas e indigenistas voltados para a construção de um "novo indigenismo", preocupado em colocar em prática as perspectivas sobre os povos indígenas sancionadas pela Constituição Federal de 1988 (CF 88). Tais perspectivas desmontaram, ao menos teoricamente, os supostos, vigentes até então, tutelares e integracionistas em relação a esses povos, reconhecendo aos índios o direito de se manterem como povos etnicamente diferenciados dentro da sociedade brasileira.[2]

O surgimento desse "novo indigenismo" deveu-se em grande medida à atuação de organizações indigenistas criadas a partir da década de 1970, às quais se associaram as organizações indígenas surgidas na década seguinte, sob um ideário de defesa dos direitos humanos e voltadas para a denúncia dos efeitos dizimadores sobre os índios dos projetos de desenvolvimento econômico realizados sobretudo na Amazônia, sob a égide da ditadura civil-militar iniciada em 1964. As organizações indígenas se tornariam atores-chave na cena indigenista após a CF 88, assumindo novos vocabulários e papéis e consagrando-se como as instâncias por excelência de representação política dos índios perante o Estado. Ao mesmo tempo, adotavam um perfil mais técnico e profissionalizado, favorecido em boa parte pelo fato de terem se tornado executoras de políticas públicas destinadas aos índios e gestoras de projetos financiados por agências de cooperação internacional para o desenvolvimento voltados para esses povos (Barroso Hoffmann, 2005).

O caso das políticas de saúde definidas para os índios após a redemocratização e a promulgação da CF 1988 constituíram uma inflexão importante nesse

quadro, por estarem associadas à Reforma Sanitária que levaram à constituição do SUS no início da década de 1990. O SUS supunha um modelo de atendimento médico universal público e gratuito a toda a população brasileira, de responsabilidade do governo e apoiado em uma estrutura institucional que privilegiava o atendimento em níveis de atenção diferenciados, em que a atenção primária, implementada em nível local, era a base principal do sistema.

O modelo dos DSEIs, incorporado em 1999 à lei n. 8.080 de 1990, que criou o SUS, por meio da lei n. 9.836 (Lei Arouca), previa a criação de distritos sanitários especiais para os índios e estabeleceu que instâncias federais do governo se responsabilizassem pela saúde indígena em nível local, garantindo um tipo de atendimento diferenciado que contemplasse as especificidades das populações indígenas em relação aos demais setores da população (ver a este respeito os capítulos de Pontes e de Machado e Garnelo nesta coletânea). Assim, a atenção primária dentro das comunidades indígenas caberia ao governo federal, e os níveis de média e alta complexidades ficariam a cargo do SUS. Foi nesse quadro que as organizações indígenas passaram a ser utilizadas, juntamente com outras organizações da sociedade civil, prefeituras municipais e universidades, como canais de execução das ações de saúde e gestão dos recursos públicos destinados aos DSEIs, mediante um sistema de convênios com o governo federal. No caso de Roraima, os DSEIs começaram a funcionar no início da década de 1990, antes mesmo da Lei Arouca, quando foram criadas as primeiras estruturas desse tipo no país, os DSEIs Yanomami (1991) e Leste Roraima (1994) (Sobre a criação do Distrito Sanitário Yanomami, ver o capítulo de Athila nesta coletânea).

A proposta dos DSEIs, que incluía um processo de territorialização das ações de saúde que não correspondia à divisão em municípios do território brasileiro, só poderia funcionar a contento se fossem definidos adequadamente o número, a localização e a composição étnica dos distritos. Para isso, era necessário considerar critérios de contiguidade geográfica e étnica, bem como o perfil epidemiológico dos grupos indígenas que os compunham. Embora tivesse sido prevista uma metodologia para a montagem e definição dos DSEIs, discutida desde a década de 1980 em fóruns do setor Saúde que contaram com a participação de atores indígenas e indigenistas,[3] sua aplicação deixou muito a desejar quando da efetiva implantação desses distritos na década de 2000, em seguida à promulgação da Lei Arouca. Assim, ao invés de incluir uma discussão travada com as populações indígenas e os atores que atuavam no campo da saúde junto a elas, entre os quais missões religiosas, profissionais da saúde de instâncias do governo e instituições científicas e universidades, os 34 DSEIs criados foram instituídos, na maioria das vezes, sem contemplar esse processo participativo (Entrevista de István Varga, 2018).

A implantação desses DSEIs e do modelo de terceirização das ações de saúde por meio de convênios utilizado para viabilizá-los tornou-se um elemento-chave para impulsionar a criação de organizações indígenas, embora nem sempre

contribuindo, de fato, para fortalecê-las. Assim, foram poucas as organizações indígenas, entre as centenas criadas a partir da promulgação da CF 88, que surgiram de um processo de mobilização de base das comunidades indígenas; ocorreu muitas vezes o surgimento de entidades criadas a toque de caixa, apenas para viabilizar o acesso a recursos públicos, como no caso da saúde, ou da cooperação internacional para o desenvolvimento, que se tornou importante ator no financiamento de ações na cena indigenista brasileira.[4]

Vê-se, portanto, que se o surgimento das organizações indígenas esteve ligado a processos de mobilização dos índios relacionados ao encaminhamento de suas demandas políticas, ele também esteve atrelado à instituição de um verdadeiro "mercado de projetos" na Amazônia brasileira (Albert, 2000), que mobilizou recursos da cooperação internacional voltados ao financiamento de variados tipos de projetos econômicos, sociais, ambientais e educacionais, e à terceirização da implementação de políticas públicas destinadas aos índios, entre as quais as de saúde.

A adoção do modelo de gestão terceirizada dos recursos públicos no caso da saúde indígena que a Lei Arouca possibilitou a partir da década de 2000 pareceu para muitos uma distorção das propostas elaboradas desde meados da década de 1980 pelos atores ligados à Reforma Sanitária e à crítica do indigenismo tutelar, por retirar do governo federal a responsabilidade pela execução das ações de saúde nos distritos sanitários indígenas.

O caso do DSEI Leste Roraima apresenta uma série de especificidades em relação a esse quadro geral, por ter sido criado em 1994, antes, portanto, da Lei Arouca (1999), tendo se tornado, na verdade, uma experiência modelar, que se esperava poder replicar em outras situações. E foi considerado um caso bem-sucedido quanto à utilização da metodologia que previa a construção de um debate "de baixo para cima" antecedendo a definição e implementação dos DSEIs (Entrevistas de Paulo Daniel Moraes, 2018 e de István Varga, 2018). Antes de relatar sua história, contudo, vou localizar as perspectivas dos diferentes atores implicados na cena indigenista que viabilizaram sua criação.

Transformações nas perspectivas sobre saúde indígena: os diálogos entre missionários, médicos, antropólogos e lideranças indígenas e suas repercussões nas políticas indigenistas de saúde

O campo missionário católico desempenhou papel central na transformação dos discursos e práticas indigenistas no campo da saúde indígena, notadamente pela ação dos grupos que aderiram ao processo de renovação das concepções de

evangelização inauguradas pelo Concílio Vaticano II, realizado no início da década de 1960. No caso do campo indigenista brasileiro, esses grupos responderam pela criação da Operação Amazônia Nativa (Opan) em 1969, do Conselho Indigenista Missionário (Cimi) em 1972 e pela implementação de pastorais indígenas comprometidas com a defesa do direito dos índios a se manterem como grupos etnicamente diferenciados dentro das sociedade brasileira.[5]

As orientações para a formação de agentes indígenas de saúde (AIS) do Cimi foram estratégicas para essas mudanças, pois atribuíram a eles um papel que ia muito além de práticas estritamente técnicas, conforme se deduz da análise dos encontros de Saúde realizados por essa entidade a partir do final da década de 1970 (ver capítulo de Welper nesta coletânea). Assim, em encontro realizado em 1981 foram definidas entre as funções dos AIS o incentivo à luta dos índios pela terra e pelos meios de sobrevivência; a valorização da medicina indígena, com incentivo ao trabalho dos pajés e curandeiros; a catalogação de ervas medicinais em suas áreas de atuação; a denúncia de fatos concretos, como obras de infraestrutura, invasões etc., que pudessem comprometer a saúde dos índios; o incentivo às tradições alimentares, evitando soluções que criassem dependência; o descarte de interferência religiosa que afetasse mecanismos culturais para lidar com as doenças; e a cobrança de ações de saúde do governo (ver capítulo de Welper nesta coletânea).

Essas diretrizes, como se verá adiante, se adequavam às concepções que iriam pautar a Reforma Sanitária, especialmente a de saúde como resultante do conjunto das condições de vida da população. Ao longo dos encontros de Saúde promovidos pelo Cimi a partir de 1978, houve intenso diálogo entre este e os grupos ligados ao movimento da Reforma Sanitária, situados em instituições científicas e universidades do país, como a Escola Paulista de Medicina e a Fundação Oswaldo Cruz. Ao mesmo tempo, buscou-se garantir que as representações e práticas de saúde dos próprios índios fizessem parte dos debates.

Como destacado por Magalhães em seu capítulo nesta coletânea, as perspectivas e demandas sobre saúde dos índios já apareciam e foram sistematizadas ao longo das assembleias e encontros indígenas realizados com o apoio do Cimi a partir de meados da década de 1970. Nesses eventos, os relatos de experiências quotidianas dos diversos grupos presentes[6] atestavam recorrentemente a degradação das condições de vida dos indígenas resultante da expropriação de suas terras por processos de expansão da fronteira econômica e dos regimes de exploração de mão de obra que lhes foram impostos, frequentemente associados aos padrões de endividamento criados pelos sistemas de aviamento implementados pelos patrões.[7] Junto com isso, denunciavam-se os problemas do alcoolismo e da contaminação dos indígenas pelas "doenças dos brancos" decorrente do contato com a sociedade nacional. Esse conjunto de temáticas iria se afinar com as concepções da Reforma Sanitária construídas ao longo da década de 1980 e concretizadas com a Lei do SUS, em 1991.

As palavras de Sergio Arouca, um dos líderes da reforma, na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, são um bom exemplo dessa afinação entre as perspectivas de lideranças indígenas, setores religiosos e setores médicos, com a qual se buscava incluir as visões de saúde dos próprios índios nas reformulações das políticas de saúde que se pretendia empreender:

> [devemos] abandonar o conceito de que saúde é ausência de doença. (...) saúde se confunde com nível de vida e, sendo assim, depende de como a pessoa come, de como ela mora, de qual a relação que esta pessoa tem com a natureza, da possibilidade dela ser livre e de se organizar de forma livre, a possibilidade de que a pessoa tenha dignidade, que a nação possa definir o caminho de sua autonomia de forma independente, e que as pessoas tenham o direito ao lazer e ao prazer, que possam trabalhar de forma digna e que possam conservar a natureza em que vivem. (...) Não se consegue implantar uma boa assistência médica num país onde não se consegue ter uma política social coerente com uma política econômica, assim como não conseguiremos um bom nível de vida se a política econômica não viabilizar a justiça social. (...) O Cacique Raoni estava dando uma entrevista dizendo que saúde para ele é terra, é bicho, é árvore. (Arouca, 1986)

A inclusão de dimensões que contemplassem as especificidades culturais e as condições particulares da relação dos indígenas com o Estado e a sociedade nacional só veio a ocorrer, entretanto, quase uma década depois da promulgação da Lei do SUS, com a inserção, em 1999, do artigo 5º em seu texto (Lei Arouca).[8] Essa inserção deve ser atribuída, em grande medida, ao diálogo entre lideranças indígenas e atores laicos e religiosos que atuavam na saúde indígena aqui mencionados, viabilizado nas assembleias indígenas e nos encontros de Saúde promovidos pelo Cimi (Entrevista de István Varga, 2018; ver também capítulos de Magalhães e de Welper nesta coletânea).[9]

O diálogo entre lideranças indígenas, setores católicos progressistas e profissionais da saúde de diversas instituições científicas de saúde que atuavam com os povos indígenas no Brasil se explica em grande medida por essa visão comum, que terminou por associar os debates sobre a saúde indígena com os debates sobre a necessidade de demarcação das terras indígenas, condição que passou a ser considerada essencial para a garantia de uma vida digna daquelas populações. No caso de Roraima, isso se traduziu em um apoio incondicional dos setores da Igreja católica às mobilizações indígenas em favor de seus direitos, que incluiu a realização de assembleias indígenas e a estruturação de organizações indígenas, como se verá adiante.

A junção da temática da saúde indígena com a luta pela demarcação de terras pelos missionários ligados ao Cimi implicou o abandono da conversão religiosa como prioridade do trabalho missionário em favor de uma evangelização

em que a "boa nova" a ser anunciada aos índios foi transformada não no anúncio do "reino de deus no céu", mas na possibilidade da retomada das terras indígenas pelos índios, realizando a promessa do reino de deus na terra (Entrevista de Egydio Schwade, 2020). Essa perspectiva de transformação das práticas missionárias, que passaram sucessivamente a ser orientadas pelos conceitos de *encarnação* e *inculturação*,[10] sofreu inúmeras resistências por parte não só de missionários católicos, notadamente os que se vinculavam às ordens religiosas mais tradicionais, quanto de missionários evangélicos, que adotavam a postura de não se envolver com questões políticas. No caso de Roraima, estes últimos haviam se instalado entre os índios sob os auspícios das autoridades governamentais que se opunham à demarcação das terras indígenas, notadamente da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, cuja história se arrastaria por décadas (de 1977 a 2005) e teria papel central na reorientação da legislação sobre a demarcação das terras indígenas no Brasil.[11]

Dessa forma, a transformação das concepções tanto na área médica, da saúde coletiva, quanto na área religiosa, das missões, contribuiu para uma maneira nova de lidar com o atendimento à saúde das populações indígenas, em que a abordagem estritamente médica, que estou chamando de abordagem do *organismo*, foi substituída por uma abordagem ampliada de saúde em que os índios e seus processos de representação e atuação política, as *organizações*, passaram a ter papel central.

Essa passagem do *organismo* à *organização* associou-se também ao processo de autonomização da área da saúde indígena como um campo de conhecimento específico no Brasil, como se pode ver pelas transformações dos estudos no campo da saúde coletiva. Assim, se entre os anos 1950 e o final da década de 1970 as abordagens sobre saúde indígena associaram-se à epidemiologia, à genética e à identificação de agentes etiológicos na área da medicina tropical, foi a partir da década de 1980 que se firmaram os estudos das políticas públicas destinadas aos índios, mapeando-se os dados sobre aspectos nutricionais, mortalidade infantil e tuberculose, e estudando-se as relações entre as políticas nacionais de saúde e os sistemas médicos tradicionais indígenas. Nos anos 2000 registrou-se um interesse pela implantação dos DSEIs, e da década de 2010 em diante firmou-se um campo propriamente dito sobre saúde indígena, interdisciplinar, combinando as áreas médicas e as áreas de ciências sociais (Teixeira & Garnelo, 2014; Kabad, 2019).

Nada disso teria sido possível sem as transformações que ocorreram no campo da antropologia e a proeminência que a antropologia social, firmada no Brasil a partir do final dos anos 60 com o estabelecimento dos primeiros cursos de pós-graduação nesta especialidade, passou a ter na formação dos profissionais desta área. Mais do que isso, o debate sobre o envolvimento dos antropólogos com os grupos junto aos quais atuavam desempenharam também papel decisivo nos rumos que se seguiram, notadamente no caso dos antropólogos que se envolveram

com as perspectivas da assim chamada *antropologia da ação*.[12] Partindo de uma visão que passava a entender o campo de atuação antropológica para além da assessoria à administração pública indigenista[13] e a estendê-lo para contemplar a assessoria aos índios, essa perspectiva foi posta em prática pelos antropólogos que tiveram oportunidade de atuar na Fundação Nacional do Índio (Funai) durante o curto período de abertura da entidade ao diálogo com a sociedade civil durante a ditadura militar.[14]

Ao longo desse período, o órgão indigenista patrocinou a realização de diversos projetos de desenvolvimento comunitário, em que o protagonismo indígena desempenhou papel central, buscando transformar com eles as atividades econômicas empreendidas com fins de obtenção da *renda indígena*, voltada para a manutenção do próprio órgão indigenista, em projetos que contribuíssem para a autonomia indígena. Entre esses, foi patrocinado em Roraima o Plano Yanoama, que contou com a participação de antropólogos que viriam a ter atuação decisiva no desenrolar dos episódios que levaram à criação do Distrito Sanitário Yanomami (DSY) e, indiretamente, do DSEI Leste Roraima.[15] Essa nova geração de antropólogos teve papel central na crítica do indigenismo de viés rondoniano e tutelar que predominava na atuação do Estado brasileiro relacionada aos índios, notadamente do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e da Funai. Também permitiu, sobretudo no caso dos Yanomami, que novas concepções fossem agregadas às abordagens vinculadas à antropologia biológica e às discussões sobre os índios de viés genético/racial que haviam predominado até então (ver a esse respeito Santos, Coimbra Jr & Radin, 2020), em favor de um debate que trouxe para o primeiro plano as condições políticas de existência dos índios dentro da sociedade brasileira e seu direito a se manterem como grupos etnicamente diferenciados dentro dela, que implicavam, antes de mais nada, a defesa da integridade de seus territórios e a demarcação das terras indígenas.

Essa nova geração de antropólogos, que se envolveu, além das pesquisas acadêmicas, com a constituição de inúmeras organizações de apoio aos índios a partir do final da década de 1970, juntou-se ao Cimi na promoção de atividades voltadas para a constituição de um movimento pan-indígena no Brasil, além de ter participado da criação das primeiras organizações indigenistas do Brasil, entre as quais a Comissão pela Criação do Parque Yanomami, hoje Comissão Pró-Yanomami (CCPY), em Roraima, com atuação decisiva no enfrentamento das crises sanitárias que atingiram aquele grupo a partir dos anos 1980 e na demarcação de suas terras.

A criação e a implementação do DSEI Leste Roraima

Décadas de 1970 e 1980: a estruturação do movimento indígena em Roraima e a associaçãodas questões de saúde à luta pela terra

As primeiras mobilizações dos indígenas em Roraima para discutir seus problemas começaram no início da década de 1970, registrando-se em 1971 o primeiro grande encontro de tuxauas em Maturuca, na serra do Sol, local em que foi criado, no ano seguinte, o primeiro posto de saúde voltado para o atendimento dos indígenas, com o apoio dos missionários católicos da Missão Surumu, ligados ao Instituto Missões Consolata (CIR, 1998). Em 1974, começou a longa série de assembleias pan-indígenas promovidas em diversos pontos do país pelo Cimi, que no mesmo ano criou a sua Regional Norte I, abrangendo os estados do Amazonas, Acre, Rondônia e o então território federal de Roraima. Neste último, a atuação dos setores progressistas da Igreja católica articulados pelo Cimi foi organizada em torno da Diocese de Roraima, que dividiu suas atividades em quatro setores, o de movimento indígena e autossustentação, saúde, educação e diálogo inter-religioso. As equipes montadas, compostas por grupos de voluntários recrutados entre tuxauas, professores, capatazes, catequistas e agentes de saúde, atuavam junto aos Yanomami nas comunidades indígenas de Catrimani e Xitei, situados na região noroeste de Roraima, e entre os povos Macuxi, Wapixana, Taurepang e Ingaricó nas localidades de Surumu, Normandia, Maturuca, Taiano, Serra da Lua e São Marcos, na região leste (Teixeira, 2008).

Em janeiro de 1977, o Cimi promoveu uma assembleia na Missão Surumu, com a participação de 147 lideranças indígenas de várias etnias de Roraima e a presença de convidados, entre os quais o bispo da Diocese de Roraima, dom Aldo Mongiano, dom Tomás Balduíno, o presidente do Cimi à época, representantes da Funai e jornalistas. A assembleia foi interrompida por autoridades do governo que proibiram os índios de participar e tentaram expulsar os convidados "externos". O episódio foi um bom exemplo da atmosfera de tensão entre as autoridades do governo e as da Igreja, em um momento em que estava tendo início a demarcação da Terra Indígena Raposa Serra do Sol.

A questão da terra iria se tornar elemento central nos debates sobre saúde em Roraima, sobretudo depois que tiveram início, em 1978, os já mencionados encontros de Saúde promovidos na sede do Cimi em Brasília, que reuniam missionários, médicos sanitaristas e lideranças indígenas. Até aquele momento, um dos principais problemas nessa área discutidos entre os indígenas de Roraima relacionava-se ao uso de bebida alcoólica pelos índios, que se tornou alvo de uma série de

campanhas, iniciadas em 1977 sob o *slogan* "Não à bebida, sim à comunidade" (CIR, 1998). As demandas indígenas apresentadas ao governo, por sua vez, voltavam-se para a crítica do atendimento esporádico e pouco eficaz realizado por intermédio das equipes volantes de saúde (EVS), adotado pela Funai no início daquela década.

Com as novas orientações formuladas nos encontros de Saúde do Cimi, que incorporaram as mudanças de postura dos missionários católicos entre os índios inspiradas no Concílio Vaticano II, e as novas perspectivas sobre atenção primária à saúde estabelecidas a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, apoiadas na medicina comunitária, a saúde passou a ser discutida em termos amplos, abrangendo aspectos "médicos, pedagógicos, ecológicos, culturais, pastorais e políticos" (ver capítulo de Welper nesta coletânea). No caso de Roraima, essas perspectivas se traduziram na associação da temática da saúde à luta pela terra, elemento central para a sobrevivência econômica dos índios e o fortalecimento de suas próprias práticas médicas, entendidas como parte a ser integrada, juntamente com a medicina científica, no atendimento à saúde oferecido a eles.

Se a década de 1970 testemunhou a "conversão" dos padres do Instituto Missões Consolata e da Diocese de Roraima à causa indígena, expressa no apoio à realização de assembleias indígenas no estado, a de 1980 foi marcada pelo surgimento de novas formas de mobilização política dos índios, entre as quais a das organizações indígenas. No plano nacional, esse novo formato foi experimentado pela primeira vez com a constituição, em 1981, da União das Nações Indígenas (UNI), entidade de caráter pan-indígena com pretensões de representação de todos os indígenas que viviam no território brasileiro. Em Roraima, por sua vez, ele surgiu de uma mobilização das bases indígenas do leste do território, que em 1983 formaram quatro conselhos de comunidade nas regiões de Surumu, Taiano, Serra da Lua e Baixo Cotingo, transformados em 1986 em conselhos de tuxauas, abrangendo todas as regiões do nordeste de Roraima e incluindo, além das já citadas, as regiões da Raposa, Serras e Amanaji. Esses conselhos foram o embrião do Conselho Indígena do Território de Roraima (Cinter), criado em 1987 e transformado em Conselho Indígena de Roraima (CIR) em 1990, quando o território virou estado (Oliveira, 2019).

A década de 1980 consolidou-se em Roraima como uma década de transformação da situação indígena em relação às posturas assimilacionistas e ao indigenismo predatório praticado pelo Estado brasileiro, sobretudo na Amazônia. O quadro de assassinatos, torturas, estupros, incêndios de casas, castigos físicos, entre outras violações dos direitos humanos dos índios, bem como a conivência das autoridades governamentais com atividades econômicas letais para as populações indígenas, passou a ser denunciado com o apoio não só da Igreja católica, mas também de outros "aliados dos índios", notadamente daqueles vinculados às redes internacionais de *advocacy* em favor dos direitos indígenas, construídas na Europa e nos Estados Unidos.

No campo da saúde, a disseminação, na segunda metade da década de 1980, de uma epidemia de malária na região noroeste do território, onde viviam os Yanomami, causada por uma invasão de garimpeiros ocorrida sem oposição das autoridades governamentais locais, provocou intensa discussão e mobilização do campo indigenista, nacional e internacionalmente (Entrevista de Alcida Rita Ramos, 2019). Em 1986, a epidemia já havia se alastrado para o leste de Roraima, coincidindo com o período em que se começou a discutir a reestruturação do atendimento à saúde dos índios em conferências e fóruns nacionais, momento no qual se destacou a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Índios, de 1986. Nessa conferência, destacaram-se os documentos apresentados pelo Cimi e pela UNI que, embora guardando diferenças, colocavam a posse da terra como elemento essencial para a garantia da saúde dos povos indígenas, advogavam a necessidade da valorização dos conhecimentos tradicionais indígenas e recomendavam a criação de uma agência de saúde indígena vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, em substituição à Funai (Para uma análise desses documentos, ver os capítulos de Magalhães e de Welper nesta coletânea). A proposta do Cimi previa que essa agência fosse composta por técnicos escolhidos por representantes indígenas, como médicos sanitaristas, indigenistas e antropólogos, e contasse com a participação da Funai e de entidades da sociedade civil (Arouca, 2018).

Como se vê, ainda não havia a proposta de que a saúde indígena fosse gerida por organizações indígenas. Até a promulgação da CF 88, elas foram pensadas muito mais como instâncias de representação política dos índios voltadas para a veiculação de suas demandas ao Estado nacional, como se pode observar tanto em documentos da UNI quanto do Cinter. Assim, na "Proposta para uma nova política indigenista" encaminhada em 1985 pela UNI ao Working Group on Indigenous Populations (WGIP) da ONU, em Genebra, menciona-se a necessidade de criar

> mecanismos de representação capazes de garantir a comunicação direta entre os povos indígenas e o Estado brasileiro. A falta de canais legítimos de reivindicação indígena junto às instâncias estatais tem sido responsável por contínuos conflitos entre índios e não índios, tanto a nível local como a nível nacional. É urgente, portanto, criarem-se mecanismos que permitam aos representantes indígenas veicular suas demandas sem a intermediação de instâncias que não representam os legítimos interesses dos índios. Para que os anseios dos povos indígenas sejam ouvidos, é premente abrirem-se espaços apropriados para sua expressão. (UNI, 1985)

Da mesma forma, no caso do Cinter, em questionário preenchido no Encontro das Organizações Indígenas e Subsistência: Amazonas, Acre, Rondônia e Roraima, promovido em Manaus pela Regional Norte I do Cimi em maio de 1988, pode-se ler que os objetivos da entidade eram "a) favorecer a subsistência econômica das comunidades indígenas; b) fortalecer a vida comunitária; c) recuperar os

valores culturais; d) defender os direitos e interesses das comunidades indígenas; e) demarcar as áreas indígenas" (Cinter, 1988: 1).

A promulgação da CF 88 iria não só garantir o reconhecimento de novos direitos aos índios dentro do Estado brasileiro, como assegurar-lhes formas de representação própria na relação com este fora da tutela da Funai, no espírito das demandas anteriormente tratadas. Ao mesmo tempo, ela abriu espaço para que os índios se tornassem, também, executores e gestores das políticas a eles destinadas. As organizações indígenas passaram a ser o formato institucional privilegiado nos dois casos. A implantação do DSEI Leste Roraima na década de 1990, como veremos, será um exemplo dessa agregação de uma nova função às organizações indígenas, para além da função de *advocacy* e luta pelos direitos e subsistência indígenas que as havia caracterizado na década de 1980.

Década de 1990: a construção do modelo de atendimento diferenciado à saúde indígena em Roraima e as transformações no perfil das organizações indígenas

Em 1990, quando da transformação do Cinter em CIR, no editorial do primeiro número do informativo da organização, *Anna Iekaré*, são descritos como seus objetivos:

> 1 – A coordenação e atuação dos índios do Estado de Roraima na defesa de seus direitos relativos à posse da terra, usos, costumes e tradição.
>
> 2 – Viabilizar ao máximo as respostas das diversas regiões e atuar frente às entidades e órgãos competentes na luta pela preservação dos direitos dos povos de Roraima.
>
> 3 – Realizar convênios com outras entidades, tanto no Brasil como do exterior, a fim de angariar recursos, inclusive financeiros, para desenvolver economicamente as comunidades e defender seus direitos, assegurados pela lei.
>
> 4 – Promover e realizar visitas, reuniões e eventos para orientar e esclarecer as comunidades indígenas sobre seus direitos e deveres dentro e fora do Território Nacional. (Anna Iekaré, 1990: 3, *apud* Oliveira, 2018: 247)

Como se vê, já está prevista a realização de convênios tanto para a defesa dos direitos dos índios quanto para a realização de atividades econômicas, descritas no editorial como projetos pecuários, roças comunitárias, marcenaria e construção de cantinas. Embora já se mencione aqui a figura dos convênios, eles ainda não aparecem associados à implementação de políticas públicas, o que só viria a ocorrer ao longo da década de 1990.

No início daquela década, em grande medida em razão dos resultados catastróficos da epidemia de malária entre os Yanomami provocada pelas invasões

garimpeiras no oeste de Roraima e da incapacidade da Funai para gerir a crise, o governo do então presidente Fernando Collor de Mello publicou uma série de decretos destinados à revisão da estrutura da política indigenista vigente até então. Os decretos n. 23, 24, 25 e 26, de fevereiro de 1991, romperam o monopólio da Funai sobre a questão indígena, deslocando daquele órgão a responsabilidade pelas áreas de saúde, educação, meio ambiente e agricultura para os setores técnicos dos ministérios responsáveis por elas. Com isso, fornecia-se a base legal para as recomendações de alteração da política indigenista formuladas desde a década anterior por organizações indígenas e indigenistas, notadamente no campo da saúde. No decreto n. 23, em que se transferiu a responsabilidade pela saúde indígena da Funai para a Fundação Nacional de Saúde (então FNS, hoje Funasa), já se indicava que a operacionalização da atenção à saúde dos índios deveria se organizar por projetos e se definia a figura do distrito sanitário indígena como sua principal unidade institucional, ideia que ganhava corpo no movimento indigenista vinculado à saúde que atuava no movimento de implantação do SUS (Verani, 1999).

Em abril de 1991 foi criado o Distrito Sanitário Especial Yanomami (DSY), seguindo-se no mês de outubro a criação da Comissão Interministerial de Saúde Indígena, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (Cisi/CNS). Iniciava-se assim a remodelação da estrutura institucional do atendimento à saúde indígena, seguindo de perto as orientações advindas dos fóruns de debate da área da saúde. Assim, na 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, foi aprovada a proposta dos DSEIs, levada àquele fórum pelos grupos que participavam dos encontros de Saúde do Cimi. Propunha-se, já naquele momento, uma metodologia para sua estruturação baseada em um modelo de etapas locais, estaduais e regionais de discussão, em que tomariam parte as organizações indígenas, indigenistas e as universidades e centros de pesquisa implicados no campo da saúde indígena (Entrevista de Paulo Daniel da Silva Moraes, 2018).

Na 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993, foi aprovada a criação dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (Nisis), veiculando-se já naquele evento a demanda dos índios de Roraima pela criação de um DSEI inspirado no DSY, para atendimento dos povos indígenas localizados no leste do estado, pertencentes às etnias Macuxi, Wapichana, Ingaricó, Patamona, Taurepang, Sapará e Wai Wai (UFRR, 2012).

Ainda em 1993, foi criado o Nisi-RR, que possibilitou a estruturação de um espaço de discussão e coordenação das ações voltadas à saúde indígena entre aqueles grupos, realizadas até então sem qualquer conexão, por missões católicas e evangélicas e por iniciativas pontuais da Funai. Esse espaço deu origem, em 1994, à proposta do DSEI Leste Roraima, aprovada no ano seguinte por uma Assembleia Geral de Tuxauas e ratificada também pelo próprio Nisi-RR e pelas instâncias regionais da FNS e da Funai localizadas no estado (UFRR, 2012). O DSEI contou

inicialmente com representantes de duas organizações indígenas, o CIR e a Associação dos Povos Indígenas de Roraima (Apir),[16] da Secretaria Estadual de Saúde de Roraima (Sesau), dos conselhos municipais de Saúde (Cosems), da Universidade Federal de Roraima (UFRR), da Diocese de Roraima e da Missão Evangélica da Amazônia (Meva), além de representantes da Funai e da FNS.

A partir de 1994, começaram a ser realizados cursos de formação de agentes indígenas de saúde (AIS) em todas as nove regiões abrangidas pelo DSEI Leste Roraima, contando com a participação das organizações que compuseram o distrito, sob a coordenação do Nisi-RR, mediante um convênio firmado com a organização Médicos Sem Fronteiras (MSF-Holanda), que também atuava no DSY (Moraes, 2012). Naquele ano foram formados 120 AIS e se iniciou também a realização de encontros anuais de saúde em Roraima, com a participação daqueles agentes. Nesses encontros, que duraram até 1999, discutia-se não apenas a definição da estrutura e o planejamento do atendimento à saúde indígena, como também a localização dos polos-base e as ações prioritárias a serem desenvolvidas nas diversas comunidades. Abordava-se também a situação política dos indígenas e o andamento dos processos de demarcação de terra, dentro de uma visão, estabelecida ainda na década de 1980, de que a saúde não se dissociava das condições de vida mais amplas da população. Nesse contexto, destacava-se o caso da demarcação da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, cujo processo foi iniciado em 1993 e cujo sucesso dependeu estreitamente da circulação de informações entre os grupos da região propiciada pelos deslocamentos dos AIS (Entrevista de Paulo Daniel da Silva Moraes, 2018).

Até meados da década de 1990, o DSEI Leste Roraima funcionou com recursos extremamente restritos, mas demonstrando alto índice de eficácia em suas ações, que reduziram drasticamente os índices de mortalidade e morbidade dentro de sua área de atuação, graças a uma estrutura de funcionamento apoiada na mobilização e treinamento dos próprios índios para o atendimento à saúde em nível primário realizado nas comunidades indígenas (Entrevista de Paulo Daniel da Silva Moraes, 2018). Assim, como já visto aqui, contando apenas com os recursos financeiros da MSF-Holanda e o apoio da Diocese de Roraima, da Meva, da Sesau-RR e, muito limitadamente, da Funai e da FNS, entre 1994 e 1999 conseguiu-se formar 237 AIS indicados pelas comunidades (UFRR, 2012).

Em 1995, o governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso passou a implementar nas políticas públicas ligadas à área social um modelo de assistência baseado na terceirização dos serviços, retirando do Estado boa parte da responsabilidade pela assistência da população e transferindo-a para a iniciativa privada. No caso da área da saúde indígena, o Ministério da Saúde, por intermédio da FNS, começou a estabelecer uma política que tinha como base os convênios firmados com os chamados "parceiros preferenciais". Estes elaboravam o projeto que, uma vez aprovado, recebia os recursos, o que, para alguns, significou um

rompimento com a perspectiva de criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tal como pensado e proposto nos fóruns de discussão da saúde indígena, como a 9ª Conferência Nacional de Saúde e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, que tinha por base a autonomia administrativa e financeira dos DSEIs (Liebgott, 2003).

O CIR foi a primeira organização indígena a assinar esse tipo de convênio, em 1996, garantindo a partir dele recursos para os cursos de formação de agentes de saúde e microscopistas indígenas no DSEI Leste Roraima, o que consolidou a estrutura que vinha sendo montada desde 1994. Um ponto importante a observar aqui é o fato de que se por um lado a formação desses AIS se mostrava central para o sucesso das ações de atenção básica à saúde na área do DSEI, revestindo-se de um aspecto eminentemente técnico, por outro ela adquiriu uma dimensão política, ao possibilitar a articulação de indígenas de diferentes grupos étnicos e localidades da região, por meio dos encontros que passaram a ser promovidos para sua formação em saúde e de sua circulação para atender às diferentes comunidades, como já mencionado.

Esse primeiro movimento da transformação das organizações indígenas em gestoras de recursos públicos, inicialmente destinados aos cursos de formação de AIS, foi sem dúvida um marco na transformação do perfil dessas organizações, até então bem mais associado a representação política, defesa de direitos e veiculação de demandas ao Estado brasileiro. Esse novo modelo se ampliaria e consagraria na década seguinte, a partir da promulgação da Lei Arouca, em agosto de 1999, quando os convênios com organizações indígenas, indigenistas, prefeituras e universidades passaram a responder por todo o atendimento à atenção primária nas comunidades indígenas, e não mais apenas pela formação dos AIS.

Segundo Moraes, o modelo que inspirou o projeto final da Lei Arouca, cuja tramitação havia se iniciado em 1994, foi o do DSEI Leste Roraima, construído ao longo da década de 1990 de baixo para cima, segundo a metodologia estabelecida na 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, isto é, a partir da discussão no Nisi-RR e dos encontros estaduais de Saúde (Entrevista de Paulo Daniel da Silva Moraes, 2018). O mesmo, contudo, não ocorreu no processo de montagem dos demais DSEIs estabelecidos ao longo da década de 2000, definidos a partir de uma discussão restrita conduzida pela FNS, sem passar pelo processo de mobilização local verificado no caso do Leste Roraima (Entrevista de István Varga, 2018).

Década de 2000: a consagração do modelo de terceirização na atenção primária à saúde indígena e a crise das organizações indígenas

Uma das principais características do período que se seguiu à promulgação da Lei Arouca foi a formalização dos convênios como instrumentos de implementação da atenção primária à saúde nas comunidades indígenas, utilizando-se em muitos lugares as organizações indígenas para geri-los, já dentro do modelo das organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips), estabelecido pela lei n. 9637 de 1998 (Lei do Terceiro Setor), para dar amparo legal à realização de convênios com organizações da sociedade civil. Assim, as organizações indígenas se tornaram responsáveis não só pela gestão da formação de AIS, como também pela contratação de equipes multidisciplinares de saúde e pela compra de equipamentos e insumos para a implementação das ações. O CIR tornou-se gestor do DSEI Leste Roraima a partir do convênio FNS-CIR/Saúde n. 348 de 1999, assim como várias outras organizações indígenas, como foi o caso do Conselho Indígena do Vale do Javari (Civaja), da UNI-Acre, da Federação das Organizações do Alto Rio Negro (Foirn) e da Urihi (organização de saúde Yanomami criada em 1999 a partir de um desdobramento da CCPY), ao lado de organizações indigenistas, prefeituras e universidades.

Se a oficialização dos DSEIs decorreu de uma demanda dos movimentos indígenas e indigenistas implicados na renovação do modelo de atendimento à saúde indígena realizado pela Funai, o modo como foram definidos e operacionalizados deve ser lido como resultado da confluência de outros vetores, notadamente das diretrizes da reforma do Estado de viés neoliberal que propunha as terceirizações como elemento privilegiado de execução de políticas sociais. A gestão dos DSEIs jamais havia sido uma demanda dos movimentos indígenas, que os viam antes como estruturas de responsabilidade do governo federal (Entrevista de Clóvis Ambrósio, 2019). Assim, embora a oficialização dos DSEIs a partir de 1999 tenha dado grande impulso, ao menos no caso de Roraima, à formação de AIS, por outro lado sua operacionalização por meio de convênios levou diversas organizações indígenas à inadimplência, pelas dificuldades em geri-los adequadamente, segundo regras com que tinham pouca familiaridade e que mudavam constantemente.[17] O próprio CIR foi considerado inadimplente em 2005.

Segundo algumas avaliações, os convênios de saúde com as organizações indígenas tiveram o aspecto positivo de conferir protagonismo aos índios e promover a valorização da medicina tradicional, tornando-se, contudo, um problema para as organizações ao sobrecarregá-las com a burocracia envolvida na gestão (Entrevista de Paulo Daniel Moraes, 2018). Nos casos em que eles foram assumidos por prefeituras, por sua vez, tornaram-se um terreno fértil para a introdução de velhas

práticas clientelistas e esquemas de corrupção, sobretudo no caso de prefeituras dominadas por partidos políticos com interesses contrários aos interesses indígenas.

A década de 2000 pode ser vista, assim, do ponto de vista das organizações indígenas, como um momento em que elas deixaram de lado o perfil mais político que marcou seu surgimento na década de 1980, associado à demanda por terras e à luta por direitos, em favor de um perfil mais técnico e profissionalizado, em que passaram a integrar os mecanismos propostos pelo Estado para a gestão, entre outras, das políticas de saúde. Com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai/MS), em 2010, o modelo das terceirizações foi reformulado, retirando das organizações a atribuição da gestão.

Do organismo à organização, de objetos científicos a sujeitos políticos

Propus discutir aqui, entre outras questões, o significado do setor de saúde na constituição do movimento indígena, em geral pouco valorizado, no sentido de que os AIS costumam ser apresentados sem o mesmo protagonismo político atribuído a outras categorias profissionais de indígenas, como a dos professores, por exemplo, na articulação dos movimentos indígenas. Além disso, procurei analisar os paradoxos surgidos da confluência de, por um lado, uma reforma de Estado neoliberal que teve entre outros efeitos a terceirização das políticas sociais e a fragmentação e desmobilização dos movimentos sociais, transformando os índios em executores de políticas públicas, e, de outro, uma reforma sanitária que promoveu o acesso universal da população aos serviços públicos de saúde, o atendimento diferenciado aos índios nesse modelo, além de ideais de participação local e controle social afinados com as demandas dos movimentos indígenas e de seus apoiadores. Nesse sentido, a saúde desempenhou papel estratégico na estruturação das organizações indígenas, por trazer consigo recursos que contribuíram para o seu funcionamento,[18] ao mesmo tempo que se tornou um campo visível do aspecto bifronte assumido por elas, que se transformaram tanto em instâncias de representação política dos índios diante do Estado brasileiro quanto agentes de execução das políticas públicas destinadas a eles, o que comprometeu o potencial de questionamento do governo que originalmente detinham (Para uma análise detalhada dessa ambiguidade, ver Garnelo & Sampaio, 2005).

A história do DSEI Leste Roraima permite acompanhar o desenvolvimento desse duplo aspecto. No período de estruturação do movimento indígena sob o formato das assembleias indígenas, na década de 1970, as questões de saúde na região começaram a ser identificadas de modo mais sistemático, por orientação do

Cimi, formulando-se as primeiras demandas e estratégias indígenas nessa direção, que articulavam o tema da saúde ao tema da terra. No período seguinte, em que se estruturaram as organizações indígenas, elas se tornaram o instrumento privilegiado de interface dos índios com o Estado brasileiro, em um primeiro momento, na década de 1980, como veiculadoras de demandas, e em um segundo, a partir da década de 1990, como instrumentos de execução de políticas indigenistas, entre as quais as da saúde.

Em razão desse duplo papel, que mostrou uma atuação dessas organizações tanto no terreno das práticas de governo quanto no das práticas da política (Li, 2007), a questão da definição da identidade do "indígena" no Brasil foi sendo construída com novos parâmetros, em que os processos de construção da alteridade tornaram-se articulados tanto à instituição de políticas públicas quanto às dinâmicas dos movimentos sociais indígenas. Nesse sentido, a inclusão de formas de compreensão dos índios sobre os processos de saúde e doença, incluindo tanto a percepção de uma dimensão espiritual das doenças quanto as formas de lidar com elas, via xamanismo e utilização de plantas, tornou-se parte importante da agenda construída pelos atores comprometidos com a formulação de novos direitos indígenas, transformando as práticas de saúde indígena em importantes diacríticos para a definição de uma alteridade indígena que as políticas públicas ajudaram a consagrar.

No que concerne ao debate sobre os significados desses dois formatos de mobilização indígena, o das assembleias e o das organizações, acredito que o caso de Roraima mostra que o suporte à realização de assembleias indígenas pelo Cimi, longe de se resumir ao apoio à estruturação de um movimento pan-indígena no Brasil, se articula estreitamente também com as lutas locais de diferentes grupos pela terra, tendo tido um efeito bem maior do que o de viabilizar o surgimento de uma comunidade imaginada indígena (Matos, 1997). Essas assembleias, por sua vez, ao invés de simplesmente buscar uma aproximação mimética com formas "tradicionais" de organização dos diferentes grupos indígenas (Matos, 1997; Belleau 2014),[19] instauraram entre eles uma dinâmica nova, de afirmação da identidade indígena em nível não apenas nacional mas também local, e de conscientização de seus direitos na relação com o Estado e os grupos da sociedade envolvente que ameaçavam sua existência como coletividades. Em lugar de se constituírem em um formato que se opõe ao das organizações indígenas, ou que representem um fenômeno que se distingue radicalmente delas, o caso da região do lavrado em Roraima e a história da implantação do DSEI Leste Roraima parece indicar que as assembleias e organizações indígenas podem coexistir e funcionar de modo não excludente.[20] A saúde aparece, assim, como um campo-chave para sustentar essa hipótese, pois mostra como a estrutura montada para viabilizar o subsistema diferenciado de saúde do índio, notadamente por intermédio dos Nisis, apoiou-se, quando bem-sucedida, como em Roraima, em um diálogo constante com o movimento indígena, fortalecido pela

circulação de AIS entre as várias comunidades do lavrado, que alimentava tanto a realização das assembleias quanto a estruturação das organizações indígenas, notadamente o CIR e a Apir, com assento naquela instância.

Como indicado por Ambrósio, ambos os formatos, o das assembleias e o das organizações, estiveram associados à passagem de uma situação de violências e humilhações contra os indígenas sob o regime tutelar, que os considerava incapazes não só de compreender os problemas que os afetavam como de propor soluções para eles, para uma situação em que passaram a ter voz para discuti-los e poder institucional para encaminhá-los, o que fica bem claro no caso bem-sucedido de implantação, a partir de um movimento de baixo para cima, do DSEI Leste Roraima (Entrevista de Clóvis Ambrósio, 2018).

A passagem de organismo a organização, metáfora sobre a virada de uma concepção mais biológica de saúde para uma visão mais contextual, que inclui as condições econômicas, políticas, sociais e culturais dos indivíduos nas ações propostas, significou no caso dos índios a obtenção de condições políticas de representação dentro da sociedade brasileira e a construção de formatos de organização capazes de encaminhar suas lutas, nas quais as lutas pela saúde associadas às lutas pela terra tiveram papel central. O engajamento nessas lutas levou, por sua vez, a um engajamento nas práticas voltadas para o atendimento de suas demandas e na inserção das organizações nas malhas estatizadas instituídas para geri-las.

A emergência das assembleias e organizações indígenas deve ser lida como expressão, assim, tanto do envolvimento dos índios com as práticas da política, que possibilitam a criação de instrumentos de luta e reivindicação por direitos dos índios, quanto com as práticas de governo, entendidas como aquelas que ordenam, classificam e definem populações e territórios dentro de certas grades cognitivas para fins de gestão (Li, 2007). A capilaridade dos AIS pode ser apontada como um elemento essencial no fortalecimento do movimento indígena em Roraima, um dos primeiros a se estruturar no país, ainda no início da década de 1970, como visto aqui, antes mesmo do surgimento das assembleias de caráter pan-indígena promovidas pelo Cimi, iniciadas em 1974 em Diamantino, no Mato Grosso.

Ainda em diálogo com Li, poder-se-ia dizer que, no caso indígena, as práticas de governo se tornaram um elemento constitutivo das práticas da política, na medida em que o caso da participação dos índios na gestão e execução das políticas de saúde, por intermédio de suas organizações, configurou-se como um campo *também* de formação de quadros do movimento indígena, permitindo a estes apropriar-se da linguagem da burocracia de Estado e ter acesso às formulações político-administrativas voltadas para eles, ainda que nem sempre isso tenha implicado controle sobre elas. Além disso, participar dos mecanismos de gestão das políticas indigenistas também significou um movimento de afirmação étnica, por meio da desconstrução dos estereótipos dos índios como incapazes, secularmente acionados pelas agências de Estado para justificar suas práticas tutelares sobre eles.[21]

Os debates sobre a área de saúde em Roraima que levaram à criação do DSEI Leste Roraima foram centrais também para a compreensão, pelos índios, da diferença entre *saúde oferecida como caridade*, perfil em que se enquadrava a maioria dos trabalhos missionários nesse setor, e a *saúde dos índios entendida como direito e dever do Estado* (Entrevista de Clóvis Ambrósio, 2018). Essa compreensão foi possibilitada pelas práticas de planejamento e controle social ensejadas pelo Nisi-RR, que colocou os índios em diálogo com os diversos atores, governamentais e não governamentais, implicados na saúde indígena em Roraima. Nesse sentido, é interessante a avaliação de Clóvis Ambrósio, liderança indígena Wapichana com assento no Nisi-RR, de que o "ensinamento" que os índios puderam dar aos missionários católicos e evangélicos, que no caso de Roraima atuavam em perspectivas opostas tanto no campo da evangelização quanto no da política, foi a de que os índios, paradoxalmente, não estavam fazendo política com a saúde, mas apenas querendo uma oferta de serviços de saúde tecnicamente adequada às suas necessidades. Chama a atenção nesse caso, entretanto, o fato de que para se alcançar a qualidade técnica das ações de saúde desejada pelos índios foi necessário um longo processo de negociação política entre atores com diferentes interesses, visões e objetivos.

Notas

[1] O presente capítulo foi escrito no âmbito do Projeto Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas, que contou com financiamento concedido a Ricardo Ventura Santos pela Wellcome Trust/UK (projeto n. 203486/Z/16/ Z). A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer Conep n. CAAE 61230416.6.0000.5240; informações adicionais sobre o projeto de pesquisa estão registradas na Apresentação desta coletânea.

A elaboração do texto pautou-se por um esforço de aplicação dos conhecimentos resultantes das pesquisas que vim realizando nas últimas duas décadas sobre o campo das políticas indigenistas no Brasil ao caso específico da área de saúde. A escolha do DSEI Leste Roraima para análise decorreu das ricas possibilidades de reconstrução do universo dos atores indígenas e não indígenas envolvidos em sua implantação, em um dos estados em que a questão indígena é mais sensível no Brasil, seja pelo número de indivíduos, seja pela extensão das terras demarcadas para os índios, que atingem cerca da metade do seu território. Essas terras têm sido objeto de intensas disputas, responsáveis por parte essencial da jurisprudência firmada hoje no Brasil sobre esse tema, estabelecida a partir da homologação da demarcação da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, em 2009.

Os dados aqui apresentados foram retirados de entrevistas realizadas pela equipe do projeto com atores implicados tanto na formulação em nível nacional das políticas de saúde indígena quanto em sua implementação em nível local, incluindo as de Clóvis Ambrósio, Mirthes Ver-

siani dos Anjos, Paulo Daniel da Silva Moraes, Alcida Rita Ramos e István Varga (Para outras informações sobre os entrevistados citados ao longo deste capítulo, ver Apêndice deste volume).

Além disso, foram utilizadas fontes primárias do arquivo digital do Conselho Indigenista Missionário (Cimi) e fontes secundárias referentes à literatura sobre o campo da saúde indígena e das políticas indigenistas formuladas a partir do último quartel do século XX no Brasil, incluindo artigos, livros, anais de congressos, monografias, dissertações, teses, bem como a consulta a sites da internet. Destacaram-se, ainda, os dados sistematizados e analisados nos capítulos deste livro, discutidos ao longo de seminários com a participação de seus autores.

Na estruturação do texto segui os referenciais teóricos da antropologia política aplicados ao caso específico das políticas públicas no campo da saúde indígena e de suas implicações para a dinâmica de constituição dos grupos étnicos e da instituição de uma perspectiva constitucional multicultural no Brasil.

2 Segundo o *caput* do art. 231 do capítulo VIII (Dos Índios), incluído no título VIII (Da Ordem Social) da Constituição, "São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens".

3 Ver especialmente os debates da 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, e da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 1993, no capítulo de Pontes nesta coletânea.

4 A atuação da cooperação internacional, termo guarda-chuva que envolve atores de grandezas muito diferenciadas, tais como bancos multilaterais de desenvolvimento, agências bilaterais de cooperação e organizações da sociedade civil de perfil variado, tais como organizações filantrópicas e de *advocacy* associadas a diferentes causas, remonta à década de 1970 no caso do indigenismo, quando bancos multilaterais de desenvolvimento, como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento passaram a financiar grandes projetos econômicos no país, notadamente os que constituíram o assim chamado "milagre brasileiro" durante a ditadura civil-militar (Barroso Hoffmann, 2005).

5 Para uma análise da trajetória do Cimi na área da saúde indígena e para o papel da entidade na constituição do movimento indígena, ver os capítulos de Magalhães e Welper nesta coletânea. Sobre a criação da Opan, em 1969, e do Cimi, em 1972, entidades que propiciaram a aglutinação das correntes progressistas da Igreja católica alinhadas como o *aggiornamento* promovido a partir do Concílio Vaticano II, passando a propor novas formas de atuar junto aos índios, ver Matos, 1997, e Belleau, 2014. Sobre a criação e atuação da Regional Norte I do Cimi, que incluiu os estados do Amazonas, Acre, Rondônia e Roraima, ver Teixeira, 2008.

6 Segundo Matos (1997), entre 1974 e 1984 foram realizadas 53 assembleias indígenas com o apoio do Cimi, contando com representantes indígenas de todas as regiões do país. A partir de 1981, as lideranças da recém-criada União das Nações Indígenas (UNI), primeira organização de caráter pan-indígena criada no Brasil, passaram a fazer parte das assembleias, de onde retiraram subsídios para a formulação de documentos discutidos em fóruns de saúde indígena, notadamente o que foi apresentado na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Índios, realizada em 1986 (ver o capítulo de Magalhães nesta coletânea).

[7] Esses sistemas eram estabelecidos por redes de dominação de comerciantes, os "patrões", que monopolizavam o transporte e a comercialização de produtos extraídos ou fabricados pelos indígenas e por outras comunidades tradicionais na Amazônia, detendo o controle do crédito, da comercialização e do transporte da produção que fundamenta o poder local (Almeida, 2014).

[8] Sobre as vicissitudes associadas ao longo do processo de tramitação da Lei Arouca no Congresso Nacional, entre 1994 e 1999, ver capítulo de Machado e Garnelo nesta coletânea e Arouca, 2018.

[9] A descrição e análise das redes internacionais pró-índio constituídas a partir do final da década de 1960, que garantiu em grande medida as condições materiais ao Cimi para a realização desse evento, está descrita em Barroso Hoffmann, 2009. Responsável muitas vezes pelas acusações de "internacionalização da Amazônia" feitas por setores ligados ao agronegócio e às atividades de exploração mineral contra os atores que têm atuado em favor da defesa dos direitos indígenas no Brasil, entre os quais o Cimi, cabe dizer que os recursos disponibilizados por essas redes são infinitamente inferiores aos recursos provenientes das empresas internacionais que atuam na Amazônia, destinados não só a seu funcionamento, notadamente na área da mineração, quanto aos *lobbies* em seu favor que atuam no Congresso Nacional. Chama a atenção, assim, o fato de que a "internacionalização" só é objeto de críticas quando se refere às articulações de movimentos sociais, não sendo acionada como categoria acusatória quando faz parte de estratégias empresariais.

[10] *A encarnação se apoiava na ideia de encarnar entre os índios, isto é, de viver entre eles, adotando seus usos e costumes. Inculturação, por sua vez, era uma percepção ligada ao conceito de* missio dei*, isto é, à ideia de que deus já estava presente nas culturas indígenas, cabendo aos missionários conseguir perceber essa presença entre elas. O primeiro conceito, de encarnação, teve papel estratégico no desenvolvimento das ações de saúde dos missionários católicos progressistas, pois ao viverem continuamente entre os índios adotavam uma perspectiva de atenção à saúde bem diferente daquela das equipes volantes de saúde (EVS), que orientara o indigenismo governamental durante décadas e consistira apenas em visitas esporádicas aos índios. O caso das Irmãzinhas de Jesus que foram trabalhar entre os Tapirapé na década de 1950, umas das primeiras a adotar o conceito de encarnação em suas práticas missionárias, teve influência decisiva sobre as perspectivas de atuação na área de saúde desenvolvidas pelo Cimi. Essa organização absorveu inclusive em suas equipes pessoas que trabalharam com elas, como Mirthes Versiani dos Anjos, principal responsável pela coordenação dos seus encontros de Saúde* (Entrevista de Mirthes Versiani dos Anjos, 2018).

[11] Para uma descrição detalhada do processo de demarcação da Terra Indígena Raposa Serra do Sol e das mudanças na legislação que ela acarretou, ver Oliveira, 2018. Destaca-se nesse contexto o caso da Missão Evangélica da Amazônia (Meva), cuja presença em Roraima foi propiciada pela atuação de Romero Jucá, político brasileiro que chegou a ser governador do estado e notório defensor dos interesses do agronegócio e da mineração no Estado.

[12] Para uma descrição da trajetória dessa abordagem na antropologia, ver Barroso Hoffmann, 2009, e para seus usos específicos no caso dos povos indígenas no Brasil ver Matos, 1997.

[13] A atuação de Darcy Ribeiro e Eduardo Galvão no Serviço de Proteção aos Índios (SPI) seria o exemplo paradigmático dessa atuação nas décadas de 1950 e 1960.

[14] Refiro-me ao período da gestão do general Ismarth de Araújo Oliveira à frente do órgão, entre 1974 e 1979.

[15] Refiro-me a Alcida Rita Ramos, formada nos primeiros cursos de pós-graduação em antropologia social do Museu Nacional, sob a orientação de Roberto Cardoso de Oliveira, e a Kenneth Taylor, responsável pelo Plano Yanoama. Sobre a criação do Distrito Sanitário Yanomami, ver o capítulo de Selau nesta coletânea.

[16] A Associação dos Povos Indígenas de Roraima (Apir) foi criada no mesmo ano que o Conselho Indígena do Território de Roraima (Cinter), 1987, vinculada especificamente à Terra Indígena São Marcos, onde viviam índios Macuxi, Taurepang, Wapixana, Maiongong, Wai Wai e Yanomami (Apir, 1994).

[17] Segundo Garnelo e Sampaio (2005), eram frequentes ainda os cortes de orçamento e os atrasos nos repasses de recursos, tornando ainda mais difícil a situação das organizações.

[18] Após o fim do monopólio da Funai, outros ministérios, além do Ministério da Saúde, passaram a destinar recursos para os índios, entre os quais os ligados ao meio ambiente e à implementação de programas sociais. Esses recursos, contudo, não chegaram nem de longe a se equiparar aos montantes destinados à saúde. Para um detalhamento dos dados a esse respeito nos dois governos FHC e no início do primeiro governo Lula, ver Barroso Hoffmann *et al.*, 2004.

[19] As análises nessa direção tendem a minimizar os elementos da própria tradição cristã que embasaram o apoio do Cimi à realização das assembleias indígenas. Cabe recuperar a trajetória da transformação da atuação da Igreja, que passou de intervenções colonialistas em favor dos laços patrão-cliente entre índios e não índios a intervenções voltadas para o fortalecimento de relações horizontais e de entreajuda entre os índios, favorecendo laços comunitários capazes de fazer emergirem as lutas por direitos coletivos. Nesse quadro, destacou-se a emergência do conceito de comunidade, que, inspirado na tradição das comunidades cristãs primitivas, passou a inspirar e guiar a atuação das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Para um exemplo dos usos desse conceito entre comunidades indígenas e ribeirinhas na Amazônia, ver Silva, 2014.

[20] Ao invés da discussão sobre o surgimento do formato das organizações indígenas como parte dos processos de "indigeinização da modernidade" (Sahlins, 1997), isto é, da apropriação de formatos políticos associados aos processos de burocratização "ocidentais" pelos indígenas (Belleau, 2014), creio ser mais produtivo partir da premissa de que os indígenas fazem parte de processos históricos contemporâneos aos dos pesquisadores (Fabian, 2006), o que nos possibilita entender o fenômeno do surgimento das organizações indígenas como parte de fenômenos mais amplos, como o dos novos movimentos sociais (Alvarez, Dagnino & Escobar, 2000) e o da promoção de mecanismos políticos de domesticação desses movimentos promovidos pelas políticas neoliberais na América Latina, que utilizaram o multiculturalismo como um de seus instrumentos de intervenção e afetam um conjunto bem mais amplo de grupos sociais (Hale, 2004).

[21] Ver a esse respeito os depoimentos citados por Garnelo e Sampaio (2005), em que lideranças indígenas da Amazônia afirmam a necessidade de ir além dos conhecimentos tradicionais para lidar com os desafios contemporâneos colocados às sociedades indígenas, bem como a demanda por uma formação que os habilite a assumir novos papéis técnico-administrativos no caso das políticas destinadas a eles.

Referências

ALBERT, B. Associações indígenas e desenvolvimento sustentável na Amazônia brasileira. *In*: RICARDO, C. A. (Org.). *Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000.

ALMEIDA, A. W. B *Aggiornamento* agônico: a trajetória das instituições religiosas como mediadoras dos conflitos agrários na Amazônia. *In*: LACERDA, P. M. (Org.). *Mobilização Social na Amazônia: a luta por justiça e por educação*. Rio de Janeiro: E-papers, 2014.

ALVAREZ, S.; DAGNINO, E. & ESCOBAR, A. Introdução: o cultural e o político nos movimentos sociais latino-americanos. *In*: ALVAREZ, S.; DAGNINO, E. & ESCOBAR, A. (Orgs.). *Cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-Americanos.* Belo Horizonte: Editora UFMG, 2000.

AROUCA, C. Afinal, a Lei Arouca é de Arouca? Articulações sociopolíticas na concepção e na aprovação de uma lei federal sobre a saúde dos povos indígenas. Rio de Janeiro, 2018. (Mimeo.).

AROUCA, S. Discurso proferido na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Brasília, 1986. (Mimeo.)

ASSOCIAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DE RORAIMA (APIR). Projeto de captação de recursos para o apoio às atividades da APIR no período de 94 a 96 no Estado de Roraima. Boa Vista, 1994. (Mimeo.)

BARROSO HOFFMANN, M. Do "Brasil sem índios" aos "índios sem Brasil": algumas questões em torno da cooperação internacional junto aos povos indígenas no Brasil. *AntHropológicas*, 16(2): 153-185, 2005.

BARROSO HOFFMANN, M. A cooperação internacional junto aos povos indígenas como espaço de produção de conhecimento "teórico" e "aplicado". *In*: BARROSO HOFFMANN, M. *Fronteiras Étnicas, Fronteiras de Estado e Construção da Nação: um estudo sobre a cooperação internacional norueguesa juntos aos povos indígenas.* Rio de Janeiro: E-papers, Museu Nacional/UFRJ, 2009.

BARROSO HOFFMANN, M. *et al.* A administração pública e os povos indígenas. *In*: INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOESCONÔMICOS (INESC) (Org.). *A Era FHC e o Governo Lula: transição?* Brasília: Inesc, 2004.

BELLEAU, J.-P. *Le Mouvement Indien au Brésil*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2014.

CONSELHO INDÍGENA DE RORAIMA (CIR). Carta aberta ao coordenador e vice-coordenador do CIR: resposta à carta do CIR. Maturuca, 1998. (Mimeo.)

CONSELHO INDÍGENA DO TERRITÓRIO DE RORAIMA (CINTER). Roteiro para sistematização de experiências. *In*: CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Organizações indígenas e subsistência: Amazonas, Acre, Rondônia e Roraima. Manaus, 1988. (Mimeo.)

ELIAS, N. *Introdução à Sociologia.* Lisboa: Edições 70, 2008.

FABIAN, J. A prática etnográfica como compartilhamento do tempo e como objetivação. *Mana*, 12(2): 503-520, 2006.

GARNELO, L. & SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1.217-1.233, 2005.

HALE, C. Rethinking indigenous politics in the era of the "Indio permitido". *Nacla Report on the Americas*, 8(2): 16-21, 2004.

KABAD, J. *Constituição e Caracterização da Temática da Saúde Indígena no Campo da Saúde Coletiva no Brasil*, 2019. Projeto de Qualificação do Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

LI, T. M. *The Will to Improve*: *governmentality, development, and the practice of politics.* London: Duke University Press, 2007.

LIEBGOTT, R. A. Uma reflexão necessária: saúde indígena e as Organizações Sociais de Interesse Público – Oscip. Chapecó, 2003. (Mimeo.)

MATOS, M. H. O. *O Processo de Criação e Consolidação do Movimento Pan-Indígena no Brasil (1970-1980)*, 1997. Dissertação de Mestrado, Brasília: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília.

MORAES, P. D. S. Histórico do Distrito Sanitário Indígena do Leste de Roraima. Boa Vista, 2012. Disponível em: <https://acervo.racismoambiental.net.br/2013/01/18/historico-do--distrito-sanitario-indigena-do-leste-de-roraima>. Acesso em: 2 jan. 2021.

OLIVEIRA, B. P. *Raposa Serra do Sol: vínculo e pertencimento*, 2019. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SAHLINS, M. O "pessimismo sentimental" e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um "objeto" em via de extinção. *Mana*, 3(1): 41-73 e 3(2): 103-150, 1997.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. & RADIN, J. "Why did they die?": debates on the causes of high mortality in Amazonian indigenous populations in Cold War Brazil. *Current Anthropology*, 61(4): 441-470, 2020.

SILVA, K. Muito além do conflito: política, patronagem, ambientalismo e resistência indígena em Auati-Paraná, Alto Solimões, Amazônia. *In*: LACERDA, P. M. (Org.). *Mobilização Social na Amazônia: a luta por justiça e por educação*. Rio de Janeiro: E-papers, 2014.

TEIXEIRA, C. C. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. (Saúde dos Povos Indígenas)

TEIXEIRA, M. C. S. *Igreja Católica e Ação Indigenista na Amazônia Contemporânea: o Cimi (1972-2000)*, 2008. Dissertação de Mestrado, 2008. Manaus: Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Amazonas.

UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS (UNI). Para uma nova política indigenista: as nações indígenas e a futura carta constitucional do Brasil. *In*: SESSÃO DO GRUPO DE TRABALHO SOBRE POPULAÇÕES INDÍGENAS DA ONU, 4, Genebra, 1985. (Mimeo.)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA (UFRR). Instituto Insikiran. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Bacharelado Gestão em Saúde Coletiva Indígena. Boa Vista, 2012 (Mimeo.)

VERANI, C. B. L. A política de saúde do índio e a organização de serviços no Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, 15(2): 171-192, 1999. (Série Antropologia)

Participação no Contexto Pré-Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: a perspectiva das vozes indígenas[1]

Eliana Elisabeth Diehl

No Brasil, a participação de cidadãs e cidadãos e suas organizações em espaços decisórios na saúde está garantida em mais de um dispositivo legal (Brasil, 1988, 1990a, 1990b), referendando documentos internacionais (por exemplo WHO, 1978; ILO, 1989). No caso indígena, a institucionalização da participação paritária dos povos indígenas e suas organizações em espaços próprios se deu quase dez anos depois da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o SasiSUS (Brasil, 1999a). Porém, nas décadas de 1980 e 1990, como veremos, experiências foram embriões fundamentais ao exercício da participação e controle social pelos povos indígenas.

Segundo Soraya Côrtes, o movimento brasileiro de democratização no período final do regime militar pautou a participação em todas as áreas de políticas públicas, porém a "área da saúde, em contraste com outras áreas, foi a que mais intensa e precocemente incorporou mecanismos de participação" (Côrtes, 2009: 19). Nos anos 1980 e início da década de 1990, a participação tornou-se emblemática para o movimento da Reforma Sanitária, que "considerava como questão de princípio que a sociedade civil tivesse controle sobre o sistema de saúde" (Côrtes *et al.*, 2009: 49). Realizada em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, primeira conferência aberta à população, marcou a importância da participação da sociedade civil em instâncias de controle social em todos os seus níveis. A partir da criação do SUS em 1990, a participação como princípio para a garantia de direitos, incluindo o controle social sobre o sistema, se dá em diferentes níveis de organização (local, municipal, estadual e nacional) e nas conferências de Saúde, de modo a assegurar que atores estatais e societais tomem parte, por intermédio de representantes, do planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde.[2]

A participação social e os conselhos e conferências de Saúde são regulamentados pela lei n. 8.142/1990 (Brasil, 1990b) e pela resolução n. 453/2012 (Brasil, 2012). Segundo a lei n. 8.142/1990, o Conselho de Saúde, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, tem caráter permanente e deliberativo e atua na formulação de

estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Ainda conforme essa lei, a Conferência de Saúde ocorrerá a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. Na resolução n. 453/2012, que mantém a definição da resolução anterior, de 2003, está registrado que o Conselho de Saúde

> é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na lei n. 8.142/90, [e que o] processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Brasil, 2012: 1-2)

Na saúde indígena, os marcos legais pouco avançaram durante os anos 1980-1990 e os fóruns participativos específicos para os atores societais indígenas se restringiram às duas conferências (em 1986 a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e em 1993 a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas) e à Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi, posteriormente, em 2000, renomeada Comissão Intersetorial de Saúde Indígena). Não estou aqui ignorando outros espaços que trataram da saúde e dos quais os indígenas participaram no período. Meu recorte analítico contempla o que Ailton Krenak chamou de "argumento político construído pelo Estado brasileiro" nos anos 1980 (ver adiante), ou seja, quando a participação da sociedade civil foi institucionalizada.

Em novembro de 1986, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio debateu e deliberou sobre políticas de saúde indígena em sua relação com a municipalização proposta como base do SUS. Passaram, então, a ser centrais as discussões em torno da criação de um órgão específico no Ministério da Saúde responsável pela saúde indígena, assim como o respeito à organização social e política, aos costumes e às tradições dos diversos povos indígenas, preceitos contemplados na Constituição brasileira de 1988. Em outubro de 1993, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, como parte integrante da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Os delegados indígenas, constituindo 50% do total dos presentes, foram eleitos no processo de conferências locais, estaduais e regionais, idealmente segundo os critérios populacionais de concentração dos povos indígenas no país, nas suas diferentes regiões. Várias resoluções resultaram dessa

conferência, que reiterou a implantação de um modelo diferenciado e de distritos sanitários, pauta presente no restante da década.

Visando a estabelecer instâncias de participação, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou em outubro de 1991 a Cisi, instalada somente em setembro de 1992. O papel dessa comissão, desde a sua criação, é assessorar ou subsidiar o CNS na formulação e no acompanhamento de políticas públicas de saúde indígena. A partir de então, houve tentativas de criar conselhos locais e regionais de Saúde para garantir maior participação indígena, porém a implantação desses conselhos enfrentava vários problemas, e até o final da década poucos foram efetivamente estabelecidos. Outros espaços de participação indígena na saúde coexistiram na década de 1990, a exemplo do Fórum Nacional de Saúde Indígena e dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (Nisis), como se verá adiante.

Descreverei e analisarei, aqui, a participação na saúde na perspectiva dos povos indígenas, considerando o período dos anos 1980 até 1999, quando da aprovação do SasiSUS (Brasil, 1999a) e implementação dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (Brasil, 1999b). A escolha por esse período se deve ao interesse em compreender como as vozes indígenas emergiram no tocante à saúde, considerando espaços institucionalizados de participação social. O tema da participação na saúde indígena tem sido explorado por diferentes autores e abordagens, porém se restringindo ao período pós-implementação do Sasi, como por exemplo Langdon e Diehl (2007), Cornwall e Shankland (2008, 2013), Teixeira, Simas e Costa (2013), Diehl e Langdon (2015, 2018) e Teixeira (2017), entre outros.

Este capítulo foi elaborado com base em descrição e análise documental e em entrevistas realizadas com indígenas e não indígenas, e se estrutura em duas principais seções: a primeira traz uma descrição e análise do processo de participação social de indígenas na década de 1980 e a segunda é dedicada aos anos 1990, especialmente em alguns espaços de participação, como a Cisi, a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e o CNS. Importantes lacunas derivadas da falta de acesso a todas as atas/memórias da Cisi na segunda metade da década de 1990 impediram análise exaustiva do tema.

Vozes indígenas construindo a participação nos anos 1980: a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

Ailton Krenak[3] afirmou que a questão da saúde não estava incluída no ideário ou princípio fundador do movimento indígena, visto que os indígenas entendiam que a saúde era um problema deles próprios, que tinham soberania

sobre este tema (Entrevista de Ailton Krenak, 2018; para mais detalhes sobre o movimento indígena brasileiro na década de 1980, ver nesta coletânea o capítulo de Magalhães). Para ele, não havia vinculação entre um argumento político construído pelo Estado brasileiro e a saúde, doença e morte na perspectiva indígena até a Constituinte de 1988, que é

> *quando o povo indígena começa, apoiado num contrato social, digamos assim, com o Estado brasileiro, a botar em questão a responsabilidade desse Estado brasileiro na distribuição da sua política, fosse ela fundiária, de saúde, de benefícios, em sentido amplo.* (Entrevista de Ailton Krenak, 2018)

Ele ainda enfatizou que a centralidade do campo da saúde para o movimento indígena ocorreu a partir de 1990. Porém, em março de 1986, lideranças indígenas participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre elas o próprio Krenak, reivindicaram a realização de uma conferência indígena. Sobre o SUS que se delineou na 8ª Conferência e a necessidade de um espaço específico, ele disse:

> *Eu tive a compreensão de que aquele esboço não podia simplesmente capturar a nossa ideia do que era cuidado. A ideia do cuidado como saúde. Que ele não podia ser capturado por aquele desenho do SUS universal. Que ele tinha que ter um subsistema, que eu reivindiquei que fosse chamada uma conferência da saúde "indígena".* (Entrevista de Ailton Krenak, 2018)

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que aconteceu entre 26 e 29 de novembro de 1986, contou com a participação de representantes de dez instituições indigenistas: Fundação Nacional do Índio (Funai), Associação Brasileira de Antropologia (ABA), União das Nações Indígenas (UNI), Centro Ecumênico de Documentação e Informação (Cedi), Comissão pela Criação do Parque Yanomami (CCPY, atualmente Comissão Pró-Yanomami, com a mesma sigla), Centro de Trabalho Indigenista (CTI), Associação Nacional de Ação Indigenista (Anai), Comissão Pró-Índio (CPI), Operação Amazônia Nativa (Opan) e Conselho Indigenista Missionário (Cimi) (para mais detalhes sobre a organização da 1ª Conferência, ver o capítulo de Welper nesta coletânea). Segundo Ana Maria Costa,[4] que coordenou essa conferência juntamente com Antônio Nunes de Miranda, à época funcionário da Divisão de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde, nos debates foram apresentadas duas propostas: uma da UNI, na pessoa de Ailton Krenak, e outra do Cimi (Entrevista de Ana Maria Costa, 2018; o papel do Cimi no período pré-Constituinte é tratado no capítulo de Welper desta coletânea, por isso não será analisado aqui). Essas propostas, o relatório da 1ª Conferência e outros textos (também bases das discussões na conferência) foram reunidos no número especial de janeiro de 1988 da *Saúde em Debate*, revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, intitulado A Saúde do Índio (Cebes, 1988).

Interessa trazer as contribuições da UNI/Ailton Krenak, enfatizando como o tema da participação indígena surge nesse momento, permitindo observar que antes do arcabouço legal que definirá o controle social no SUS, o movimento indígena e algumas de suas lideranças já haviam assumido sua importância. Farei uma descrição (Quadro 1, no Apêndice) de alguns aspectos do documento "Os povos indígenas e o direito à saúde", da UNI (1986), e do Relatório da 1ª Conferência, relacionando-os com a participação, visto que o segundo incluirá partes do primeiro, demostrando que havia uma interlocução propositiva entre os diversos participantes do evento (em seu capítulo nesta coletânea, Magalhães também examina o documento da UNI, porém em outra perspectiva, complementar à minha reflexão).

O termo "participação" relacionado aos indígenas apareceu seis vezes no documento da UNI e quatro vezes no relatório. De modo geral, em ambos se assumiu que a participação indígena deve se dar desde a elaboração de políticas públicas até o planejamento, gestão/organização, controle e avaliação dos serviços e ações de saúde. E em ambos se apontou a necessidade de criar um órgão específico, ligado ao Ministério da Saúde, para coordenar as ações e serviços: uma secretaria segundo a UNI e uma agência conforme os participantes da 1ª Conferência. Porém, a UNI enfatizou que essa secretaria "deve contar, principalmente, com a participação de organizações indígenas", ao passo que a 1ª Conferência definiu que a agência deve ter "representação indígena", ou seja, o movimento indígena deu ênfase à participação.

Quanto às diferenças, a participação indígena foi vista pela UNI como um direito à saúde, ao passo que a 1ª Conferência a definiu como um dever do Estado. Para os indígenas, participar envolve dimensões para além da saúde em sentido estrito, e a conferência indica a necessidade de instituir mecanismos estatais que garantam a participação. Outro aspecto diferenciador, presente na seção "Sistema de Atenção à Saúde do Índio" dos dois documentos, relaciona-se a uma das competências do órgão específico a ser criado, visando a "estudar e propor ações específicas para os casos especiais": para a UNI, as equipes multiprofissionais responsáveis devem ter participação indígena; no relatório se exclui essa participação. O relatório também foi omisso no tópico da organização dos serviços, no que diz respeito à "educação em saúde como estratégia de participação das comunidades no controle e na avaliação contínuos das ações em saúde nas áreas", ou seja, o movimento indígena avançou ao considerar a participação no plano local, envolvendo toda a comunidade.

Por fim, cabe salientar que em seu documento a UNI propôs "a viabilização de serviços próprios e locais" para regiões específicas e no relatório se propôs um "sistema específico de saúde" integrado ao "sistema nacional", ou seja, ambos apontaram para a necessidade de um modelo diferenciado de atenção à saúde indígena, tema que assumirá papel central a partir da Constituição de 1988, mas principalmente na década de 1990.

Vozes indígenas construindo a participação nos anos 1990

Embora o rico material consultado demonstre que outras matérias foram debatidas nestas instâncias de participação, optei por estabelecer um diálogo entre os acontecimentos gerados no âmbito da Cisi, da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e do CNS, com o intuito de revelar como os indígenas lidaram com sua representação e participação nesses espaços, em razão de alguns aspectos que me chamaram a atenção.

A criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio

Na reformulação do CNS em 1990, já na vigência do SUS, novos atores societais passaram a fazer parte da sua composição, deixando para trás a atuação "como um 'conselho de notáveis'" (Côrtes *et al.*, 2009: 52; esses autores fazem uma detalhada análise do CNS desde sua criação em 1930) e assumindo o caráter deliberativo. O novo CNS realizou sua primeira reunião em abril de 1991, constituindo as comissões interinstitucionais por meio da resolução n. 001/1991 (CNS, 1991a), e a Cisi foi criada em outubro do mesmo ano pela resolução 011/1991 (CNS, 1991b), juntamente com outras seis comissões. Segundo essa resolução, as

> comissões intersetoriais nacionais têm a finalidade de promover a articulação e a intercomplementariedade de políticas, programas e ações, no que concerne ao interesse da saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito específico do Sistema Único de Saúde, [com competências relacionadas à proposição de medidas para o aperfeiçoamento:] das políticas, programas e ações de que tratam as áreas temáticas das respectivas comissões (...); das ações do Sistema Único de Saúde relacionadas às temáticas das respectivas comissões (...); das práticas de integração entre órgãos, [bem como ao] assessoramento técnico para o Conselho Nacional de Saúde. (CNS, 1991b: 1)

Estabeleceu-se um máximo de 11 componentes para cada comissão, "representantes de órgãos governamentais de âmbito nacional e seus centros de referência e de entidades civis relacionadas às suas temáticas, quer sejam de prestadores de serviços, de profissionais, de usuários ou de proteção e defesa do cidadão" (CNS, 1991b: 1), nomeados por portaria do ministro da Saúde (no Quadro 2, no Apêndice, estão listados os órgãos estatais e societais definidos pela resolução 011/1991 para a Cisi).

Somente em 22 de setembro de 1992, ou seja, quase um ano depois da criação da Cisi, foi realizada a reunião de sua instalação, da qual não participaram indígenas. Os presentes considerados membros estão informados no Quadro 2.

Além dos membros, também participaram "ouvintes e depoentes": Celso Lacave, antropólogo, gerente de Antropologia da Coordenação de Saúde Indígena da Funai; Alcida Rita Ramos, antropóloga, professora da Universidade de Brasília; Claudia Andujar, coordenadora da Comissão para a Criação do Parque Yanomami, e Ivone Menegolla, da Fundação Nacional de Saúde. O coordenador geral do CNS, Sylvain Nahum Levy, apenas abriu a reunião, retirando-se em seguida. Justificaram ausência os professores Ulisses Confalonieri, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e Roberto Baruzzi, da Escola Paulista de Medicina (EPM). Nessa reunião foram escolhidos, com vigência temporária, o coordenador e o secretário *ad hoc* da Cisi, respectivamente Mozart de Abreu e Lima e Alba Figueroa.

O representante do CNS, Mozart de Abreu e Lima, explicou os motivos pelos quais foram escolhidas a Fiocruz, devido à "tradição de análise das políticas de saúde"; a EPM, "por ser órgão de referência do Ministério da Educação, na área de medicina e por desenvolver trabalho no Xingu"; a Universidade do Amazonas (FUA), "por situar-se no Estado com maior concentração de população indígena e por desenvolver trabalho relacionado à saúde indígena"; a UNI, "porque se procurou a organização indígena 'mais abrangente'"; e a Aliança dos Povos da Floresta "como representativa da sociedade geral" (Cisi, ata da Reunião de Instalação, 1992, p. 1-2). Ele "reconheceu que a escolha foi efetivamente 'traumática'", porém não há detalhes sobre essa afirmação.

Os presentes aprovaram o Plano de Trabalho trimestral, contendo nove temas a serem debatidos, entre os quais a "redefinição da representação indígena na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena" (Cisi, ata da Reunião de Instalação, 1992, p. 2), e marcaram as datas das próximas três reuniões mensais de 1992. Nessa reunião, o grupo destacou a "preocupação da Comissão com a questão da representação e a necessidade de atender às questões urgentes" (Cisi, ata da Reunião de Instalação, 1992, p. 2) e passou aos pontos da ordem do dia: 1) descontingenciamento dos recursos financeiros para a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e Fundação Nacional do Índio; 2) desintrusão de garimpeiros da área Yanomami; 3) contrato de cinco consultores pelo Projeto Pnud/BRA/90/032, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, para atuarem com a FNS. Os pontos definidos para a reunião seguinte foram: situação, perspectiva e modelo assistencial proposto; redefinição da representação indígena na Cisi; redefinição institucional da Cisi; necessidade de designação de suplentes e eleição do coordenador e secretário.

A representação indígena na Cisi

Tendo em vista meu objetivo aqui, darei ênfase aos membros indígenas da Cisi, não ignorando, porém, a importância dos demais membros não indígenas, em especial aqueles e aquelas com envolvimento direto no movimento indigenista

(seja na saúde ou em outros âmbitos de atuação). Portanto, quando necessário para contextualizar a representação indígena, trarei essas outras vozes.

No Quadro 3, no Apêndice, apresento a conformação da Cisi no que se refere à presença indígena, seja como membros ou como convidados, entre a reunião de instalação e a 20ª reunião, em 16 e 17 de agosto de 1995.

Os indígenas presentes na segunda reunião (em 21 de outubro de 1992) estavam "na condição de observadores e com a finalidade de reivindicar participação na Sub-Comissão" (Cisi, Ata 2, 1992, p. 1). O registro demonstra que havia disputas no movimento indígena, representado pelo Conselho de Articulação do Povos e Organizações Indígenas do Brasil (Capoib)[5] e pela União das Nações Indígenas (UNI). Nessa reunião, exceto José Souza da Silva, do povo indígena Kaxarari do estado de Rondônia, autodenominado Zezinho Kaxarari, da União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas (UNI-AC), os demais indígenas representavam o Capoib e

> deixaram claro que não reconhecem representatividade indígena na UNI, e não aceitam sua presença entre os 11 membros da Comissão. Alegaram que o Capoib congrega aproximadamente 400 lideranças representantes de 101 povos e 55 organizações indígenas, e que, embora criado em abril último, esteve os dois anos anteriores se articulando nas bases, realizando reuniões micro-regionais e regionais. (Cisi, Ata 2, 1992, p. 2)

Ao comentarem a estruturação do Capoib, afirmaram que esta não era uma organização com três ou quatro pessoas, residentes urbanos desconhecidos ou não reconhecidos nem por membros do grupo de origem, como seria o caso da UNI.

Na ata também se lê que houve "outras referências condenatórias" à UNI, como a de que

> não teria prestado conta às comunidades dos projetos que tivera aprovados, [e] ficou evidente para os presentes, alguns dos quais se manifestaram nesse sentido, que a questão política da liderança é também extremamente dinâmica entre os índios, que seria importante que as lutas fossem resolvidas internamente, e que se bem a UNI teve papel importante no surgimento do movimento indígena e durante a década passada, o protagonismo hoje estava com a organização que estava aí presente cobrando espaço de participação. Sintoma ou não, a UNI continuou ausente nessa segunda reunião, sem ter enviado qualquer justificativa. (Cisi, Ata 2, 1992, p. 2)

De fato, a UNI nacional não se fez presente (também não esteve na primeira reunião; ver Quadro 2 no Apêndice), porém José Souza da Silva reivindicou a representação da UNI-AC, visto que essa organização "efetivamente conhecia a situação real", e se contrapôs a Biraci Brasil, que segundo ele "não faz parte das organizações indígenas do Acre" (Cisi, Ata 2, 1992, p. 2). Apesar de Biraci, que esteve presente da

3ª à 6ª reuniões, não ter participado dessa reunião, sua organização, o Movimento dos Povos Indígenas do Vale do Juruá-Acre (MPIVJ-AC), permaneceu como membro efetivo até a reunião 14 (30 de junho e 1 de julho de 1994), quando foi substituída pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab), cujo representante se fez presente apenas na 18ª reunião (ver Quadro 3 no Apêndice).

Orlando Baré, citando uma reunião prévia das lideranças, afirmou que o Capoib tinha aspirações

> quanto a essa participação, com representantes indígenas para cada uma das grandes regiões do Brasil: dois pela Amazônia (devido ao tamanho da área e à maior concentração e diversidade de população indígena), um para Nordeste, um para o Sul e um para Centro-Oeste. (Cisi, Ata 2, 1992, p. 2)

Nessa segunda reunião, no debate em torno da representação continuou-se a afirmar a importância de aumentar o número de vagas para indígenas. Porém, a "aspiração do Capoib" (cinco vagas) não foi contemplada, visto que implicaria mudar o regimento do CNS, que definia um máximo de 11 membros para cada comissão assessora. Dessa forma, trataram de revisar as organizações a serem representadas originalmente aprovadas pelo CNS (Quadro 2, Apêndice). A representação da Secretaria do Meio Ambiente foi questionada, já que havia sido extinta no governo do presidente Itamar Franco, recém-iniciado à época. Indígenas presentes falaram de "uma certa condição 'fantasma' da Aliança do Povos da Floresta (...) assim como o sentido demasiado vago de ter sido escolhida como representante da sociedade geral" (Cisi, Ata 2, 1992, p. 3).

Além disso, Mozart de Abreu Lima, representante do CNS (ver quadros 2 e 3 no Apêndice) que não esteve presente na reunião porque havia assumido o cargo de secretário-geral do Ministério do Trabalho, também abriu mão de sua vaga em favor de outra organização; no contato telefônico com Alba Figueroa em que informou estar deixando a Cisi, Lima concordou em aumentar a representação indígena e afirmou "que defenderia essa proposta no Conselho" (Cisi, Ata 2, 1992, p. 4).

Ao final da reunião, voltou-se à matéria da representação e foi aprovada a recomendação n. 3 para o CNS, cujo teor consta na ata da Cisi. A recomendação cita as três vagas a terem seus ocupantes substituídos pelos indígenas Waldir Tobias pelo Capoib, Nailton Pataxó Hä-hä-häe (Nailton Muniz de Andrade) pela Comissão de Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste e Leste e José Kaxarari pela UNI-AC. Em 23 de dezembro de 1992, o plenário do CNS resolveu, por meio da resolução n. 034/1992, aumentar o número de representantes indígenas na Cisi, incluindo os indígenas indicados pelo Capoib em substituição aos representantes da Secretaria do Meio Ambiente da Presidência da República, da Aliança dos Povos da Floresta e do CNS (CNS, 1992).

Segundo o *Boletim da Cisi* n. 1, de abril-junho de 1997 (Cisi, 1997), a comissão ficou desativada entre setembro de 1995 e final de agosto de 1996,[6] e na reunião de reestruturação, em 1 e 2 de outubro de 1996, foi proposta uma composição (Quadro 4, Apêndice) com forte presença da representação amazônica, devido à

> maior concentração populacional e à diversidade étnica nesta região, bem como à magnitude tanto dos problemas de saúde quanto das dificuldades de acesso aos serviços, se comparada com as demais regiões. Mesmo assim, os representantes amazônicos na Cisi concordaram em estabelecer um rodízio com suplentes do Sul, Sudeste e Centro-Oeste, de modo a contemplar uma maior representatividade regional. (Cisi, ata de 1 e 2 out. 1996, p. 3-4)

Nessa reunião de reestruturação, estiveram presentes os indígenas José Kaxarari, Maria do Carmo Trindade Serra, Clóvis Ambrósio e Wilson Jesus de Souza, respectivamente pela UNI-AC, Coiab, pelo Conselho Indígena de Roraima (CIR-RR) e pela Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (Apoinme), que passaram a ser os membros indígenas na comissão, também segundo o *Boletim da Cisi* (1997). Como se pode observar, a Cisi manteve uma representação não paritária entre indígenas e não indígenas (CNS, 1996). José Kaxarari, a esse respeito, comentou:

> *a composição era 11, ficou... ficou 7 não indígena e ficou 4 representação indígena, né? Não ficou paritário, que o sistema era paritário, né? Meio a meio, aí... mas nós contava com o pessoal da... do Cimi, o pessoal da Funai, os outros... Escola Paulista de Medicina, né? E a ABA, que era um pessoal que era tipo assim, que eu podia contar, pra votar, alguma coisa assim podia contar com o voto deles que eles... era voto já... contado, né? Então era assim.* (Entrevista de Zezinho Kaxarari, 2019)

No Quadro 5 (Apêndice) estão listadas as organizações indígenas e respectivas lideranças que foram membros da Cisi no período de 1992 a junho de 1997. Algumas lideranças se destacaram pelo número de reuniões em que estiveram presentes, entre elas Clóvis Ambrósio (Wapichana), José Souza da Silva (Kaxarari), Wilson Jesus de Souza (Pataxó), Nailton Muniz de Andrade (Pataxó) e Antonio Araujo da Silva (Apurinã). José Kaxarari, relatando sua participação na comissão, destacou:

> *A minha experiência no Conselho, na Cisi, é... A gente não tem muito... a gente nunca... Nunca nascemos assim, políticos representantes, né? Às vezes a gente vai pela necessidade, se eu não falar ninguém vai falar, eu não vim aqui pra passear, né? Eu tenho que falar. Então... primeiro momento foi muito difícil, né, assim, pra mim. Pra mim, eu, como representante, mas eu levava nas costas uma responsabilidade de um... de um povo que tava apostando em mim.* (Entrevista de Zezinho Kaxarari, 2019)

A participação mais marcante de mulheres indígenas, mesmo que numericamente tímida em relação à dos homens indígenas, se deu a partir da atuação da Coiab na 18ª reunião, em novembro de 1994 (a Coiab foi designada como organização membro da Cisi na 14ª reunião). Em duas reuniões anteriores, estiveram presentes outras lideranças, como Andila Inácio Belfort, do Rio Grande do Sul, e Jupira Terena, coordenadora do Movimentos de Mulheres Indígenas Guarani. Letícia Yawanawá, casada com o representante da UNI-AC Antonio Araújo da Silva Apurinã, relatando como se construiu enquanto liderança, afirmou:

> *Então, vendo todo... toda essa luta histórica do movimento indígena que... dos homens, né? A gente via que as mulheres, elas não tinham participação, e as mulheres indígenas, elas começaram timidamente em 84, né? 80 e... 94, quer dizer, em 94 elas começaram praticamente... timidamente, né? Ia pra um lado, ia pra o outro, não tinha, e só era homem que tava sempre na frente e geralmente, mulher, ela ouve muito a... a... a situação de outra, elas são mais... Nós somos mais assim, tem uma mulher com problema, a gente vai tentar ouvir, então, nesse sentido a gente começou a se unir, né? Verificar como é que a gente podia, é... fazer um trabalho com as mulheres indígenas que sofria, além de sofrer o preconceito porque é índia, e mulher, né? E na União da Nações Indígenas, na UNI-Acre, ela não tinha, só tinha mulheres secretárias, só tinha mulheres... que não era indígena e nunca uma mulher indígena ficava, né, na comum... trabalhando, então... a gente começou, né? Criamos um grupo de mulheres indígenas, o GMI, dentro da UNI, né? Em... 90 e... as mulheres votaram na assembleia da UNI em 95 e em 98 nós começamos a fazer o primeiro encontro.* (Entrevista de Letícia Yawanawá, 2019)

Não cabe aqui aprofundar o tema do movimento das mulheres indígenas brasileiras. Entretanto, é fato que principalmente dos anos 2000 em diante as vozes dessas mulheres na defesa dos direitos indígenas têm estado em evidência, por meio de representações, reuniões, manifestações e muitas articulações, valendo citar a 1º Marcha Nacional das Mulheres Indígenas, realizada em Brasília em agosto de 2019.

Ainda na reunião de reestruturação de outubro de 1996, um dos debates foi em torno do início da negociação para inclusão de representante dos povos indígenas como membro titular do plenário do CNS na categoria usuário, em razão da

> necessidade de se dar conhecimento ao plenário, em caráter permanente, das especificidades e problemas da assistência de saúde aos índios no âmbito do SUS, conferindo um maior dinamismo no repasse de informação relevante, principalmente no que diz respeito às situações críticas. (Cisi, ata de 1 e 2 out. 1996, p. 5)

As lideranças indígenas envolvidas nos fóruns de participação institucionalizados reforçaram a proposta de terem representação no CNS, especialmente com a implantação do SasiSUS em 1999:

> *Porque com a criação do subsistema de saúde indígena era duas coisas que a gente queria, né? A Cisi era uma comissão pequena, né? Uma comissão que não tinha... era uma comissão de recomendação, de moção, então o Conselho Nacional de Saúde era uma distância maior que poderia... é... tipo assim, né? Dar mais... é... mais segurança pra nós, né? Ter um representante indígena no... no Conselho, em função de que nós tava criando um subsistema de saúde indígena, né? E... era isso, né? Duas... dois assuntos importantes das conferências, a criação de uma secretaria e uma cadeira no Conselho Nacional de Saúde, esse era o.... esse era o foco, né, no momento.* (Entrevista de Zezinho Kaxarari, 2019)

Zezinho Kaxarari enfatizou que a Cisi não era um espaço deliberativo, daí a necessidade da participação no CNS:

> *... a Cisi não contemplava, não era um órgão de definição de deliberação de saúde, da saúde... do subsistema de saúde indígena, mas era o Conselho, e no Conselho a gente não tinha representante, né? Que era um órgão deliberativo e a gente... tinha a necessidade de botar um representante indígena lá, e aí foi feito vários... pedidos, né, através da Cisi, e aí, na conferência, na 3ª Conferência Nacional de Saúde [realizada em 14 a 18 de maio de 2001] todo mundo já foi com essa... articulamos, né, todas as bases, vamos indicar, né? Aí foi feito a... a eleição, no caso, houve três... três candidatos, um deles era eu, né? Aí eu fui eleito.* (Entrevista de Zezinho Kaxarari, 2019)

Fruto da mobilização nos anos 1990, reforçada pela posterior criação do SasiSUS e dos distritos sanitários, somente em novembro de 2003 os indígenas passaram a ter assento no plenário do CNS, na condição de "entidades nacionais de organizações indígenas", representadas pela UNI-AC com Zezinho Kaxarari (titular), pelo Conselho Estadual dos Povos Indígenas/Santa Catarina (Cepin) com Ari Paliano (1º suplente), e pela Apoinme, com Etelvina C. Santana (2ª suplente) (Brasil, 2003).

As vicissitudes da participação indígena

No número experimental do informativo *Fórum Nacional de Saúde Indígena*, publicado em abril de 1994 sob a responsabilidade de Douglas Rodrigues, Sofia Mendonça e István Varga,[7] com apoio de outras pessoas, instituições e entidades, é enfatizado o papel da Cisi como representante do controle social no SUS. Segundo o informativo, as atribuições da Cisi envolviam delinear "uma política nacional de saúde" para os povos indígenas, transformando-se em uma "caixa de ressonância para as questões referentes à saúde indígena", bem como em um "importante canal de denúncia da grave situação de saúde" dos povos indígenas. As denúncias sistemáticas na Cisi também se referiam aos "entraves políticos e institucionais que envolvem a saúde indígena", e com elas se buscava "promover o entendimento

entre os órgãos governamentais responsáveis pela saúde do índio: o Ministério da Saúde/Cosai [Coordenação de Saúde do Índio] e o Ministério da Justiça/Funai" (Cimi, 1994: 10). No informativo se registrou que a participação indígena na Cisi era uma forma de dar credibilidade à sua atuação.

Ao relatar as dificuldades e desafios vividos no exercício de representação na Cisi, Zezinho Kaxarari falou dos momentos iniciais de adaptação (ele participou desde a segunda reunião), quando precisou entender quem era quem na comissão, de sua permanente preocupação com a fala (não estava lá para "passear" e nem somente para ouvir), visto que representava seu povo, e com o aprendizado necessário para atuar. Ele e os outros três indígenas viabilizaram estratégias de trabalho conjunto:

> *Então a gente... discutia entre nós mesmos, né? Muitas vezes, na hora do almoço, a gente... "Vamos almoçar separado, vamos pra outro canto e vamos bater um papo aqui entre, pra gente entender ou não, à tarde vai ser esse tema e aí tu tá... sabendo o que que vai ser discutido esse tema, como é que a gente vai colocar, o que vai discutir isso aí". Então a gente fazia muito exercício fora e quando a gente... a gente não entendia ou discordava, aí a gente já deixava articulado, né? "Fulano, tu responde aí." Aí se o outro vir questionar a gente vai também complementar, e aí a gente foi... buscando crédito, né? Credibilidade da nossa participação.* (Entrevista de Zezinho Kaxarari, 2019)

Ele salientou como lidavam com as diferenças nos debates em torno da política de saúde indígena realizados em cenários diversos, como era o caso da Cisi:

> *É, nós... nós via, como até hoje, né? Nós temos, principalmente do Sul, do Sudeste, a nossa realidade amazônica, né? Norte, Roraima, Amazonas, Acre e Rondônia é uma realidade, é... e pra lá é outra realidade, né? Mas... a gente... nesses momentos de discussão, nós da comissão, a gente um apoiava o outro, né? A gente não... "não, isso não serve", ninguém falava isso não, isso é... tem que ser uma política... geral, pra todos, né? Mas nós sabemos que era uma outra realidade, né? O pessoal do Sul, do Sudeste, é uma outra realidade, mas ninguém levava essa dif... essa nossa diferença pra dentro da comissão, era uma coisa mais... conjunta.* (Entrevista de Zezinho Kaxarari, 2019)

Clóvis Ambrósio, indígena que permaneceu na Cisi de 1992 a 2004 e participou de mais reuniões desta comissão que os demais (Quadro 5), esclareceu como faziam valer suas vozes:

> *Bom, como eu disse pra vocês, nós sempre fomos organizados. Então a gente não ia assim, meu pensamento, nós ia no pensamento da nossa população aqui, isso tirado do nosso movimento indígena, vamos dizer, "olha, nós precisamos disso aqui pra decidir (...) vai defender isso aqui". Já no nosso documento, apresentava*

> *pra eles "Olha, isso daqui tá nessa situação". Aí o pessoal da UNI também trazia lá da UNI, o pessoal do Amazonas levava do Amazonas. O pessoal do Nordeste trazia do Nordeste. Então através desses documentos a gente encaminhava pro Conselho Nacional: "Tá aí, essa é a situação que nós estamos passando como indígenas, e nós como representantes estamos entregando pra vocês". E também algumas coisas que eles questionavam, nós podia também responder, né? Pra modificar alguma coisa, não concordo com isso aqui, então assim nós levamos.* (Entrevista de Clóvis Ambrósio, 2018)

Para melhor ilustrar a dinâmica da participação dos indígenas e como estes exerciam seu papel nesses primeiros anos da década de 1990, apresentarei o 1º Fórum Nacional de Saúde Indígena e a 2ª CNSPI.

Entre 22 e 26 de abril de 1993, foi realizado em Brasília o 1º Fórum Nacional de Saúde Indígena, organizado pela FNS e pela Funai. Originalmente proposto durante o 4º Curso de Antropologia Médica da Escola Paulista de Medicina, ocorrido em agosto de 1992, esse fórum tinha como objetivos, entre outros, "definir prioridades e atribuições técnicas mutuamente referendadas pelas instituições, entidades e projetos participantes", visando a estabelecer um plano de cooperação entre FNS e Funai, já que uma nova equipe havia assumido a Cosai "em meio às cenas de desentendimento entre as instituições envolvidas" (Cimi, 1993: 2). Nessa única edição do evento houve participação de indígenas e de não indígenas, entre estes últimos incluindo-se representantes e funcionários da Funai e da FNS, de universidades e de organizações não governamentais. Foram destacadas algumas falhas na organização do evento, como, por exemplo, a ausência da grande maioria dos coordenadores regionais da FNS (que "detêm o poder regional de mando da máquina da FNS") e a representação insuficiente de indígenas, seja devido ao pouco tempo e à falta de recursos para viabilizar o fórum, seja à dificuldade de "identificar com precisão, a partir de uma observação externa, a abrangência e o poder de representatividade e os critérios para participação das inúmeras organizações indígenas do país" (Cimi, 1993: 3).

A plenária do 1º Fórum aprovou determinações relacionadas a atribuições do Ministério da Saúde/FNS e do Ministério da Justiça/Funai, a medidas estruturais, a estratégias políticas e modelos de organização e à implementação de um plano conjunto de trabalho, bem como moções e recomendações. Interessa aqui mencionar algumas das estratégias políticas e modelos de organização, pois foram reforçados por regulamentação específica e referendados na 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. O 1º Fórum definiu que uma portaria conjunta dos ministérios da Saúde e da Justiça criaria, instalaria e reconheceria em cada estado brasileiro os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (Nisis),[8] "com composição paritária entre usuários [no caso, indígenas] e prestadores de serviço (governamentais e não governamentais)" (Cimi, 1993: 7), tendo como atribuições

a definição, planejamento, fiscalização e avaliação das ações de saúde indígena. Os Nisis deveriam ser o mecanismo estratégico para a implantação dos distritos sanitários, atuando depois como articuladores regionais entre os vários distritos, o que permite dizer que foram os precursores dos conselhos locais e distritais de Saúde Indígena. Ainda como estratégia política, o 1º Fórum deliberou que a Cisi, em nível federal, teria as mesmas atribuições dos Nisis. Para a implementação do plano conjunto, determinou, também por portaria conjunta dos dois ministérios, a nomeação de uma comissão composta por membros das áreas da saúde, jurídica, auditora e administrativa, visando a normatizar o uso dos recursos financeiros e estabelecer diretrizes para os convênios e acordos de trabalho com organizações não governamentais e outras instituições. Nessa comissão, deveriam ser integrados representantes da FNS e da Funai das regiões da Amazônia, Nordeste, Centro-Oeste e Sul-Sudeste escolhidos pelo fórum, e quatro indígenas: Euclides Macuxi (CIR-RR), Maiowê Kayabi (Xingu), Pedro Salles (UNI-Sul) e João Saterê (Coiab-AM).

Logo em seguida ao 1º Fórum, na tarde do dia 27 de abril de 1993, durante a sexta reunião da comissão, decidiu-se pela "entrega à nação dos resultados" do evento em uma audiência pública no Congresso Nacional, na Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias, definindo-se que estariam na mesa o professor Roberto Baruzzi (representando a Cisi), Douglas Rodrigues (para esclarecimentos e informações sobre o fórum) e Zezinho Kaxarari. Os presentes na sexta reunião reforçaram que esta foi importante por ter sido precedida do 1º Fórum, "no qual foram aprovadas importantes determinações relacionadas à saúde dos povos indígenas" (Cisi, Ata 6, 1993, p. 6), lamentando mais uma vez a ausência da Funai. Foi redigida uma recomendação ao CNS contendo um plano conjunto de trabalho proposto pelo 1º Fórum, cujo plenário aprovou a resolução n. 060/1993/CNS (CNS, 1993), designando Douglas Rodrigues como representante da Cisi na comissão de nível central a ser nomeada pelo Ministério da Saúde/FNS e Ministério da Justiça/Funai, com papel de "mediador do Processo de Articulação Interinstitucional" (Cisi, Ata 6, 1993, p. 6), além de recomendar que fosse garantida na referida comissão de nível central a participação efetiva dos representantes das macrorregiões eleitos pelo fórum e dos representantes indígenas.

Nessa reunião, foi pauta a falta de reconhecimento dos Nisis, entendidos como importantes para a articulação regional conforme Biraci Brasil, que se pronunciou reiterando "a necessidade de solicitar ao presidente da FNS providências no sentido de efetivar o reconhecimento, a curto prazo, dos Nisis regionais (...) e que a Cosai deveria enviar equipes para as áreas para promoverem a articulação regional" (Cisi, Ata 6, 1993, p. 4-5).

A premência do tema gerou a aprovação de portarias poucos dias depois, porém sem a participação do Ministério da Justiça/Funai. A FNS, isoladamente, aprovou a portaria n. 540, de 18 de maio de 1993 (Brasil, 1993a), com base nas

propostas do documento final do 1º Fórum Nacional, reconhecendo os Nisis como instâncias em cada estado, com atribuições de promover estudos e formular medidas para a saúde indígena e de articular as diferentes instituições e os distritos sanitários. As coordenações regionais da FNS em cada estado, além de apoiarem o funcionamento e disponibilizarem informações aos Nisis, deveriam implementar as propostas formuladas pelo respectivo núcleo. Da mesma forma, a portaria da FNS n. 541, de 18 de maio de 1993, nomeou os membros do grupo de trabalho (cinco titulares e sete suplentes) presidido pelo representante do Departamento de Operações (Deope/FNS), reconhecendo "como integrante do grupo (...) representantes eleitos no I Fórum Nacional" (Brasil, 1993b) e determinando que o grupo desenvolveria seu trabalho articulado com a comissão homóloga a ser definida pela Funai.

O papel dos Nisis e as dificuldades para implementá-los foram debatidos em várias reuniões da Cisi, cujo registro em atas permite inferir que havia situações muito heterogêneas, dependendo da estruturação e participação das organizações indígenas (desde Nisis muito ativos até os que nunca foram constituídos). Por exemplo, Clóvis Ambrósio, tratando do Nisi de Roraima,[9] "Avaliou como positivo o desempenho do Nisi, no planejamento das ações de saúde, mas frisou a falta de recursos humanos para a execução das ações" (Cisi, Ata 11, 1994, p. 2). No entanto, Zezinho Kaxarari "falou da falta de definição das instituições – Funai/FNS; da dificuldade para a viabilização das Reuniões do Nisi e da necessidade de contratação de recursos humanos para a saúde indígena no Acre e Sul do AM" (Cisi, Ata 11, 1994, p. 2).

Em uma das reuniões prévias à 2ª CNSPI, cuja pauta incluía a sua organização, na discussão em torno das conferências macrorregionais, a serem realizadas pouco antes da etapa nacional, Nailton Muniz " informou que o Nordeste estava parado, que não tinha Nisi e que a Fundação Nacional de Saúde não fazia nada; e que tinha conhecimento de denúncia de desvio de recursos da Fundação Nacional de Saúde" (Cisi, Ata 8, 1993, p. 3).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (2ª CNSPI), que aconteceu entre 25 e 27 de outubro de 1993 em Luziânia, GO, como parte integrante da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992,

> foi preparada em etapas locais/municipais, estaduais e macro-regionais – processo durante o qual elegeram-se os delegados à etapa nacional, formularam-se e consolidaram-se os diagnósticos dos problemas enfrentados e as propostas conjuntas de trabalho. (II CNSPI, 1993: 1)

Nessa conferência, participaram mais de 400 pessoas, e dos 200 delegados, metade era de indígenas e a outra metade de representantes não indígenas dos órgãos prestadores de serviços. Entre os demais participantes, na qualidade

de observadores, houve uma "discreta maioria indígena" (II CNSPI, 1993: 1). Apesar de tal configuração estar oficialmente prevista com as determinações da lei n. 8.142/1990 (Brasil, 1990b), o Ministério da Saúde tentou ignorá-la, o que levou o plenário da 2ª CNSPI a aprovar uma moção de repúdio à

> medida autoritária e discriminatória do Ministro de Estado da Saúde, Sr. Henrique Santillo, de impedir a participação nesta Conferência de observadores eleitos nos estados e de recomendar inclusive o corte de metade do número de delegados eleitos, prejudicando a representatividade dos estados e pondo em risco a própria viabilidade da Conferência. (II CNSPI, 1993: 12)

No relatório final,[10] a participação indígena foi referida algumas vezes, considerando-se tanto a organização da conferência quanto o novo modelo de atenção proposto, conforme Quadro 6, no Apêndice. Vale salientar que na décima reunião da Cisi, em 8 e 9 de novembro de 1993, foi feito o "enxugamento final do texto, corrigindo os eventuais erros de redação, agrupando de modo mais coerente as resoluções e moções, segundo suas respectivas áreas temáticas – com toda a cautela para não acarretar qualquer modificação de conteúdo" (II CNSPI, 1993: 1).

Como é possível observar no Quadro 6, a participação indígena (ou comunitária) é central no modelo assistencial, definido como "subsistema de saúde para os povos indígenas", tanto em seus princípios quanto em suas diretrizes. Há uma vinculação direta entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), os conselhos distritais de Saúde Indígena – no relatório referidos pela sigla CDSI e a partir da aprovação do SasiSUS e dos DSEIs em 1999, denominados Condisi –, os Nisis e a Cisi. Os Nisis fariam a supervisão dos projetos conjuntos de criação dos DSEIs, que junto com os CDSIs deliberariam sobre as políticas e programações com base em recomendações da Cisi aprovadas pelo CNS. Os Nisis ainda estariam envolvidos na avaliação da situação de saúde, visando a adequar os recursos humanos para a saúde indígena. No relatório final também se enfatizou que a Funai deveria participar e reconhecer oficialmente a existência dos Nisis. Em relação à Cisi, deliberou-se pela ampliação da representação indígena de quatro para seis, sendo que um deles deveria ser o representante da comissão no CNS.

Ainda na décima reunião da Cisi, logo após a 2ª CNSPI, foi feito um balanço do evento, com relatos dos problemas ocorridos: número insuficiente de pessoas na organização; desrespeito aos horários; locais despreparados e falta de material didático para os grupos de trabalho. Em relação à divulgação da conferência, houve consenso em torno da reduzida participação da imprensa, mesmo tendo sido feitos os convites, e registrou-se que a Rede Globo, por exemplo, considerou o evento muito distante para fazer a cobertura. Também foi analisada a validade ou não das etapas macrorregionais e das dificuldades para os indígenas oriundas do formato

da etapa nacional – o coordenador da conferência "reconheceu que as etapas locais e estaduais não foram bem preparadas em todas as regiões" (Cisi, Ata 10, 1993, p. 2) –, destacando-se que não houve envolvimento dos Nisis.

Realçando as impressões dos indígenas sobre a II CNSPI, Nailton Muniz

> colocou a falta de uma apresentação dos participantes no início da Conferência, a dificuldade de entender alguns termos utilizados nesse tipo de evento, e lamentou não poder participar de todos os grupos. Mas considerou que apesar de tudo, a Conferência ocorreu, e que isso foi um fato importante. Porém reclamou da imprensa, que se mostrou muito fraca em relação à importância do evento, o mesmo tendo sido uma oportunidade de mostrar que tem gente preocupada com a saúde do índio (...) informou que uma assembleia está marcada para discussão do Relatório da Conferência, em novembro, na sua região. (Cisi, Ata 10, 1993, p. 2)

Zezinho Kaxarari "colocou que na Conferência, ele foi impedido de explicar o que é a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio. O mesmo frisou para seus colegas que não recebia salário para essa atividade" (Cisi, Ata 10, 1993, p. 4).

Nessa reunião, também se debateu sobre o convênio Funai-FNS, cujos termos foram propostos pelo 1º Fórum Nacional de Saúde Indígena e cuja redação ficou sob responsabilidade da comissão então nomeada neste evento. Questionou-se o porquê desse convênio, ao que o representante da FNS respondeu que a Funai poderia atuar onde a FNS não tivesse condições, recebendo fundo suplementar. Foram lidos documentos do Cimi Regional Norte e Coiab enviados à Cisi "manifestando sua contestação ao convênio FNS/Funai" (Cisi, Ata 10, 1993, p. 3). Um dos representantes não indígenas, Douglas Rodrigues, comentou que a minuta estava desatualizada, visto não contemplar as recomendações da conferência, com concordância plena dos demais participantes da reunião. Para ele, com o reconhecimento dos Nisis não haveria dificuldade, e seria ainda "necessário estabelecer normas administrativas, particularmente no caso da Fundação Nacional de Saúde" (Cisi, Ata 10, 1993, p. 3). Em seguida, sugeriu-se "que seja reiterada a recomendação da Conferência a respeito da participação indígena, e solicitado que seja revista a minuta no sentido da atualização" (Cisi, Ata 10, 1993: 3). Zezinho Kaxarari "reclamou da falta de representação indígena na elaboração desse convênio, opinião reforçada pelo Senhor Nailton" (Cisi, Ata 10, 1993, p. 4). Diante da situação, os membros da Cisi trabalharam em uma proposta de convênio a ser encaminhada ao CNS juntamente com os documentos do Cimi e Coiab; na página eletrônica do Conselho não foi encontrada resolução ou recomendação relacionada a esse tema.

Outro assunto da 2ª CNSPI que provocou controvérsia nessa reunião foi o aumento do número de representantes indígenas na Cisi de quatro para seis. Foi lido um documento de delegados e observadores indígenas da região Centro-Oeste presentes na 2ª Conferência, no qual estavam definidos os dois

representantes a serem incorporados na comissão. Nailton Muniz comunicou que "a próxima Reunião Nacional das Organizações Indígenas será uma oportunidade para os indígenas de acertar uma maneira de escolher seus representantes" (Cisi, Ata 10, 1993, p. 4). O assunto não se esgotou, e, a pedido dos indígenas presentes, combinou-se retomá-lo posteriormente. Apesar da deliberação da 2ª CNSPI e da concordância dos membros da Cisi, o aumento do número de vagas para indígenas não se concretizou, mesmo com a aprovação do SasiSUS em 1999. No documento "Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – Cisi/CNS 2000-2006", é informado que até 2005 foram mantidos os representantes das quatro organizações indígenas. Em 2006, segundo essa publicação houve, a pedido dos indígenas, "renovação da representação indígena na Cisi por meio da indicação do Fórum de Presidentes de Conselhos de Saúde Indígena" (Cisi, 2006: 16), porém mantendo-se o número de representantes.

Nos anos subsequentes, as deliberações da 2ª CNSPI, somadas àquelas da 1ª Conferência, foram periodicamente retomadas na Cisi. Houve denúncias pelo fato de não terem sido implementadas e críticas a propostas do Grupo de Trabalho sobre Saúde do Índio da Casa Civil da Presidência da República que não contemplavam as diretrizes das conferências (Cisi, Ata 20, 1995, p. 2), mas também apoios importantes, como ao projeto de lei n. 4.681 apresentado pelo deputado federal Sergio Arouca, aprovado em 23 de setembro de 1999, o qual passou a ser conhecido no meio indígena e indigenista como Lei Arouca, instituindo o SasiSUS (para mais detalhes sobre esse PL e sua tramitação, ver o capítulo de Machado e Garnelo nesta coletânea).

A pauta indígena no Conselho Nacional de Saúde

Considerando que não foi possível acessar todos os registros em ata da Cisi desde a sua criação até a aprovação do SasiSUS, busquei investigar quando e quais foram os temas relacionados à saúde indígena que estiveram em pauta no plenário do CNS até o primeiro ano de existência do Sasi. Vale novamente lembrar que a Cisi esteve desativada entre setembro de 1995 e fim de agosto de 1996 (Cisi, 1997).

Entre abril de 1991, quando o CNS realizou sua primeira reunião e criou algumas das comissões, e dezembro de 2000, seu plenário debateu temas relacionados à saúde indígena em 52 das 104 reuniões ordinárias e em três das 19 extraordinárias.[11] Nesse período, aprovou 22 resoluções e, segundo as informações disponíveis na página eletrônica, sete recomendações que trataram especificamente da saúde indígena (não houve moções aprovadas); algumas recomendações e moções da Cisi parecem ter sido aprovadas pelo CNS, conforme indicam as respectivas atas, sem que, no entanto, tenham sido transformadas em documentos próprios

do Conselho.[12] O Quadro 7 (Apêndice) contém uma síntese dos principais assuntos relacionados com as resoluções e recomendações levados ao plenário do CNS.

Como já visto aqui, os indígenas não tinham representação no CNS nos anos 1990. Suas vozes, portanto, estavam subsumidas por meio das intervenções da Cisi, quando esta se reportava ao plenário com suas recomendações, moções e ofícios. Côrtes e colaboradores (2009) demonstraram que de 1990 até 2006 houve mudanças significativas na composição do conselho, tanto dos representantes estatais quanto dos societais. No caso destes últimos, os autores afirmaram que a variação foi bem maior em comparação aos primeiros, e que

> O número de representantes provenientes de associações comunitárias, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs) também aumentou 200% [referindo-se comparativamente aos conselheiros provenientes de organizações profissionais e de trabalhadores da saúde], enquanto os representantes de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências tiveram o expressivo crescimento de 160%. Entretanto, enquanto a primeira categoria tinha apenas dois conselheiros, em 1990, e passou a ter seis, em 2006, a segunda tinha cinco, em 1990, e passou a ter 13, no final do período. Desse modo, mesmo com um crescimento maior, os representantes das associações comunitárias, movimentos sociais e ONGs, em 2006, perfaziam 12% do total de conselheiros, enquanto os representantes das entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências atingiam 27% desse total, ou seja, os últimos sozinhos detinham pouco mais que um quarto do total de votos nas reuniões plenárias do Conselho. (Côrtes *et al.*, 2009: 57-58)

O único assento de indígena no CNS, como já mencionado, se concretizou em 2003, porém em algumas reuniões do plenário nos anos 1990 (como na 61ª em 1996, na 81ª e na 82ª em 1998) se analisou a necessidade de incluir essa representação. Na 82ª reunião, a proposta de incluir representante indígena pelo segmento dos usuários, com o argumento de que "a comunidade indígena possuía especificidades que deveriam ser consideradas, como, por exemplo, os piores índices epidemiológicos e conflitos entre Funai e Funasa" (CNS, Ata 82, 1998, p. 4), foi aprovada, com manifestação contrária dos representantes de portadores de patologia. Essa discordância, de fato, mostra que as entidades de portadores de patologias ou deficiências sempre disputaram espaço, buscando ocupar um lugar de proeminência no CNS, com cinco representantes entre 1990 e 1992, seis em 1994-1995 e oito entre 2003 e 2006 (os 13 representantes citados por Côrtes e colaboradores incluem ainda as entidades étnicas e de gênero).

As mudanças de representação e composição da Cisi foram aprovadas em várias reuniões do CNS. Na 86ª, em 5 e 6 de maio de 1999, a conselheira representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, Zilda Arns Neumann, foi

designada como coordenadora da Cisi e permaneceu nessa função até meados dos anos 2000, quando foi substituída por um indígena.

Alguns assuntos exaustivamente debatidos em reuniões da Cisi no período 1992-1996, como os decretos n. 23/1991 e 1.141/1994 e os problemas político-institucionais derivados de ambos, a autogestão indígena, os recursos humanos, a constituição e papel dos Nisis, o projeto de lei do deputado Sergio Arouca, entre outros, foram objeto de conversações pontuais no plenário do CNS, na maioria das vezes no item de pauta "Informes" (os impactos dos dois decretos na condução da política de saúde indígena no período são analisados por Machado e Garnelo em capítulo desta coletânea). O projeto de lei foi comentado em somente três reuniões, e em todo o ano de 1999, por exemplo, quando foi instituído o SasiSUS, houve apenas a manifestação de contentamento da coordenadora da Cisi, Zilda Arns, pela aprovação da Lei Arouca.

A 2ª Conferência recebeu atenção em oito reuniões do CNS, com pontos em torno da sua aprovação, do seu orçamento e de seu relatório final. Algumas de suas deliberações, como a implantação do modelo de atenção à saúde e dos DSEIs, foram tema em outras duas reuniões, resultando em duas recomendações do CNS.

Os problemas relacionados a doenças em comunidades indígenas também estiveram presentes em plenárias, envolvendo agravos como malária, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, sarampo, cólera, HIV/aids, além do suicídio. Em mais de uma ocasião, esses problemas foram relatados em tom de denúncia, por ocorrerem em áreas de conflitos na região amazônica ocasionados por invasão de garimpeiros e/ou pela exploração ilegal de madeira.

Quando são examinados os temas pautados durante o período para o qual não tivemos acesso aos registros da Cisi, chamam a atenção a 3ª Conferência, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e a ética em pesquisa com população indígena. Ainda em meados dos anos 1990, tratando dos trabalhos das comissões, a representante da Funai na Cisi, Ana Maria Costa, apresentou uma recomendação ao Ministério da Saúde no sentido de referendar a decisão da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que priorizava a convocação da 3ª Conferência para o ano de 1997; o CNS aprovou a recomendação n. 16/1996. A 3ª Conferência ainda esteve no ponto de pauta dos informes em uma reunião de 1997 e finalmente, na 101ª reunião, foi aprovada por meio da resolução n. 305/2000, indicando o período de 14 a 18 de maio de 2001 para sua realização, o que efetivamente ocorreu; na 19ª Reunião Extraordinária, foram aprovados o coordenador e os membros do comitê executivo da 3ª Conferência (resolução n. 306/1990).

A Fundação Nacional de Saúde (posteriormente denominada Funasa) foi pauta em algumas reuniões, fosse para discutir sua adequação às diretrizes do SUS e reestruturação, fosse para fazer denúncias por problemas de gestão e administração – por exemplo, falta de medicamentos, falta e desvio de recursos financeiros,

condições inadequadas de trabalho. Em duas reuniões extraordinárias em que a saúde indígena foi pauta, examinou-se o papel dessa fundação na municipalização (3ª reunião, de 21 de janeiro de 1993) e o aumento de recursos a ela destinados para atender a área de saúde indígena (18ª reunião, de 29 de agosto de 2000).

Os debates no CNS em torno da necessidade de uma política pública específica para os povos indígenas surgiram nos últimos anos da década, inicialmente no item "Informes" e posteriormente em outros pontos da pauta. Por exemplo, na 100ª reunião, no relato da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi informado que a "Política de Atenção aos Povos Indígenas" teve ênfase na CIT, e na 103ª (novembro de 2000), no ponto de pauta "Política de Saúde dos Povos Indígenas", foi aprovada a versão preliminar do texto desta política.

Outro assunto que mereceu atenção foram os aspectos éticos envolvidos na pesquisa entre povos indígenas. Na maioria das ocasiões, as conversas incluíram também a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), outra comissão permanente do CNS, principalmente na definição de normas específicas para pesquisas em populações indígenas. Também foram feitas duas denúncias a pesquisas, uma que não teria recebido anuência das comunidades indígenas e Funai e outra que cometera infração ética.

Vários sentidos e contradições da participação e protagonismo indígena

Ainda que com a limitação de não contemplar todas as atas e registros da Cisi até dezembro de 1999, o relato e análise aqui apresentado permitiu realçar as vozes indígenas em espaços de participação social em saúde nas décadas de 1980 e 1990.

Nos anos 1980, fazendo parte da Reforma Sanitária e de debates e negociações para a Constituição de 1988, o movimento indígena começou a se articular e se organizar em torno da saúde, reivindicando uma atenção aos povos indígenas sob responsabilidade federal e desde o início se contrapondo ao modelo de municipalização do SUS. Da mesma forma, defendeu que o protagonismo deve ser dos indígenas mediante sua participação plena em todas as instâncias e momentos de decisão.

Porém, foi a partir dos anos 1990 que a pauta da saúde se tornou central para o movimento indígena, reiterando a afirmação de Ailton Krenak citada. Vários exemplos podem ser extraídos do relato aqui apresentado, como a participação expressiva de indígenas na 2ª CNSPI em 1993, como delegados ou observadores, quando comparada à da 1ª Conferência, em 1986. Outro fato ilustrativo abordado

foi a participação de indígenas na Cisi, em que foram debatidas matérias bastante emblemáticas. Segundo Luiza Garnelo, a Cisi "tem que ser entendida como parte do conjunto das coisas da Reforma Sanitária. Ela não surge do nada. Ela surge de todas as subcomissões que o Conselho Nacional de Saúde entendeu que precisava ter" (Entrevista de Luiza Garnelo, 2018).

Os indígenas representantes na Cisi, a maioria de organizações da região amazônica, foram muito ativos, não só apresentando demandas específicas de suas comunidades, mas também defendendo a implantação do SasiSUS e dos distritos sanitários e a necessidade de uma política pública específica. Reivindicaram participação paritária, não concretizada, o que os levou a adotar estratégias conjuntas para superar esse problema. Conscientes de que essa comissão não era deliberativa, sustentaram a solicitação de assento no CNS, que também não foi atendida nem mesmo nos primeiros anos do SasiSUS.

Na Cisi, houve destaque para assuntos envolvendo a criação de um modelo de atenção à saúde e a implantação dos DSEIs, especialmente em 1993 (quando ocorreram o 1º Fórum Nacional de Saúde Indígena e a 2ª Conferência) e em 1994. Apesar das duas conferências e do 1º Fórum, não houve nos anos 1990 uma política de saúde adequada que definisse ações e serviços para os povos indígenas. A responsabilidade pela saúde indígena oscilou entre a Fundação Nacional do Índio (Funai, órgão do Ministério da Justiça) e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa, ligada ao Ministério da Saúde, à época FNS), sem recursos apropriados e contando com algumas missões religiosas e universidades para a prestação de cuidados de saúde às comunidades indígenas específicas. Os debates sobre o modelo de atenção à saúde indígena continuaram durante toda a década, incluindo a tramitação do projeto de lei n. 4.681, do deputado Sergio Arouca, sem uma clara definição, pois questões mal resolvidas quanto ao âmbito de competência das instituições envolvidas provocaram desarticulação nas ações para a saúde indígena. Além disso, a inadequação dos recursos financeiros por parte do Estado brasileiro ocasionou grandes problemas para a execução da atenção à saúde indígena que garantisse acesso universal e serviços diferenciados.

Quanto ao CNS, os dados aqui apresentados permitem dizer que a temática da saúde indígena, se comparada aos demais temas emergentes pautados no plenário, foi pouco debatida na primeira década de implantação do SUS. Como exemplar dessa invisibilidade e silenciamento institucional das vozes indígenas, marcando a marginalidade da saúde indígena nesse espaço de participação e controle social e em outros, vale citar o documento preliminar, aprovado na 103ª reunião do CNS, e a versão final da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela portaria n. 254/2002 (CNS, 2000; Brasil, 2002). Em ambas as versões não há, no tópico "Antecedentes", qualquer menção à participação e ao papel que lideranças e organizações indígenas exerceram durante as duas décadas. Ao con-

trário, parecem ressaltar a benevolência do Estado brasileiro quando, em relação à Cisi, afirmam que

> Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da Cisi reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se (*sic*) 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas. (CNS, 2000: 17; Brasil, 2002: 9)

Finalmente, busquei demonstrar, à semelhança do que já havíamos proposto (Diehl & Langdon, 2015), que o processo de participação e maior protagonismo dos indígenas nos espaços de negociação criados pelo Estado é marcado por ambiguidades e paradoxos. Por um lado, esses novos espaços foram concebidos para garantir a participação das comunidades indígenas no planejamento e execução dos serviços de saúde tendo em vista respeitar a cultura e formas de organização indígena, podendo ser vistos como mecanismo de reabilitação/reivindicação de identidades e espaço para o exercício do próprio poder (Menéndez, 2010). Por outro, a etnicidade indígena passa a fazer parte do discurso dos Estados neoliberais e das políticas públicas, que em termos gerais essencializam a noção de cultura e despolitizam os processos de participação comunitária, convertendo os indígenas em agentes de reprodução do sistema dominante, cuja atuação é moldada pelas prioridades definidas em espaços exteriores aos grupos étnicos (Diehl & Langdon, 2015). Todavia, os indígenas estão cientes dos vários sentidos e contradições do exercício e da luta pelos seus direitos, como disse José Kaxarari em depoimento já citado na epígrafe da apresentação desta coletânea:

> *Eu posso dizer a todos que o que existe hoje, em termos de lei, em termos de decreto, é uma conquista do povo indígena. Que muitos, a sociedade não indígena, ele ignora ainda, porque acha que o governo deu de mão beijada. Muitos não indígenas não entendem que é uma luta e é um direito nosso. A gente nunca para de reforçar que é um direito nosso e sempre vamos lutar. Nesse governo agora tem muita expectativa de mudança, inclusive de acabar com o subsistema de saúde indígena, e eu quero dizer que nós não vamos deixar. Vamos resistir e vamos permanecer. Resistimos há 519 anos, vamos resistir mais 519 anos. Talvez não seja eu, mas os meus descendentes. Eles vão se orgulhar de dizer que nós somos indígenas e vamos permanecer como indígenas, o governo querendo ou não. Então isso é que eu tenho a falar.* (Entrevista de Zezinho Kaxarari, 2019)

Notas

[1] Este capítulo foi elaborado no contexto da pesquisa Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas históricas, socioculturais e políticas, que contou com financiamento concedido a Ricardo Ventura Santos pela Wellcome Trust/UK (projeto n. 203486/Z/16/ Z). A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer Conep n. CAAE 61230416.6.0000.5240; informações adicionais sobre o projeto de pesquisa estão registradas na Apresentação desta coletânea.

Os documentos utilizados foram: relatórios da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas; atas de reuniões ordinárias da Cisi, período 1992-1995 (da 1ª à 20ª atas, ou seja, todas as atas do período) e ata da Reunião Ordinária de 1 e 2 de outubro de 1996 (fizemos vários esforços para conseguir as demais atas da Cisi até 1999, porém não tivemos sucesso), obtidas na biblioteca do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), em Brasília, DF; atas, resoluções, recomendações e moções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), período 1991-2000, obtidas na página eletrônica deste conselho; outros documentos relevantes para o tema da participação indígena, produzidos entre 1980 e 1999.

Dado o interesse em trazer a representação dos indígenas nos espaços participativos e as suas manifestações registradas nos documentos, foi feita leitura na íntegra das atas da Cisi e dos demais documentos. No caso dos registros do CNS, a busca em cada ata (104 reuniões ordinárias e 19 reuniões extraordinárias, disponíveis em documento do Word®), foi feita com a ferramenta de busca do *software* tomando-se as seguintes palavras-chave (ou parte das palavras): "CISI", "Intersetoria", "ind", "indígena" ("gena" nos arquivos com texto recuperado no Word®) e "índio" ("ndio" nos arquivos com texto recuperado no Word®). Dessa forma, resgataram-se somente os itens de pauta do plenário do CNS que trataram da temática indígena. Para as resoluções, recomendações e moções do CNS relacionadas à saúde indígena, consultou-se ano a ano (1991-2000) na página eletrônica do conselho, selecionando-se apenas os documentos de interesse, que foram lidos na íntegra. Embora o período sob análise se refira às décadas de 1980 e 1990, considerou-se adequado verificar como a pauta da saúde indígena foi tratada e repercutiu no plenário do CNS a partir da aprovação e primeiro ano de implantação do SasiSUS e dos DSEIs.

As entrevistas utilizadas neste capítulo foram feitas com os seguintes sujeitos: Ailton Krenak, Ana Maria Costa, Clóvis Ambrósio, José Souza da Silva Kaxarari/Zezinho Kaxarari, Letícia Yawanawá, Luiza Garnelo. Para outras informações sobre os entrevistados citados ao longo do texto, ver Apêndice deste volume.

As atas da Cisi aqui utilizadas foram obtidas na Biblioteca do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), em Brasília. As atas e demais documentos do CNS utilizados foram obtidos na página eletrônica do Conselho, disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: set. 2019.

[2] Segundo Côrtes (2009), a categoria "usuário" presente na definição legal da participação e controle social no SUS é "inadequada para analisar as relações sociais", pois deriva "do campo da economia e se refere a indivíduos que usam bens ou serviços que são oferecidos por diferentes vendedores e prestadores". Em substituição a essa noção, a autora propõe os conceitos

de "atores estatais e societais", fazendo "referência àqueles que agem, em geral, representando interesses de órgãos públicos ou de governo no caso dos primeiros; ou representando interesses de coletividades ou particulares no caso dos segundos" (Côrtes, 2009: 23).

3 Ailton Alves Lacerda Krenak, uma das lideranças indígenas mais importantes no Brasil, se posiciona em defesa dos direitos indígenas desde a década de 1980. É dele o histórico discurso proferido em 4 de setembro de 1987 na Assembleia Nacional Constituinte, representando a União das Nações Indígenas (UNI). O discurso está disponível no YouTube® sob o título "Índio cidadão?", em: <www.youtube.com/watch?v=kWMHiwdbM_Q>. Acesso em: 24 out. 2019.

4 Ana Maria Costa é antropóloga e iniciou carreira na Funai, onde atuou até se tornar funcionária na Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde. Nesse posto, organizou a Subconferência da Saúde da Mulher e coordenou a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio.

5 O Capoib foi criado durante a 3ª Assembleia da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab), em abril de 1992, formado por 25 líderes de todas as regiões (Ricardo, 1996), com "o papel de facilitar o intercâmbio das experiências de luta" (Cimi, 2008). Ainda segundo o Cimi, em 1992, em meio à grande mobilização indígena em Brasília, o Capoib foi a opção "para discutir propostas para o novo Estatuto dos Povos Indígenas em debate no Congresso Nacional e para decidir sobre a forma de articulação do movimento indígena nacional" (Cimi, 2008).

6 Conforme *Boletim da Cisi* (1997), em 1996 houve ainda reunião em 28 e 29 de agosto e entre 25 e 27 de novembro.

7 Os proponentes do *Informativo* defendiam que a Cisi assumisse o "'Fórum' como seu boletim informativo, uma vez que sabemos que a CISI reiteradas vezes discutiu a necessidade de ter seu boletim informativo" (Cimi, 1994: 2).

8 Os Nisis foram citados pela primeira vez na terceira reunião da Cisi, de novembro de 1992, após a leitura do documento "Informações sobre política de saúde indígena e atuação da FNS". Nessa reunião, questionou-se sobre o lugar desses núcleos no organograma da FNS, ao que o representante da instituição respondeu que os Nisis estavam "sendo formados" e posicionados no organograma das unidades regionais da FNS (Cisi, Ata 3, 1992: 1).

9 Criado em junho de 1993, conforme Ata 8 da Cisi. Segundo a Ata 11, esse Nisi contava com representantes das seguintes instituições e entidades: FNS, Funai, Meva (Missão Evangélica da Amazônia), Diocese de RR, Médicos do Mundo, Médicos Sem Fronteiras, CCPY, CIR (Conselho Indígena de Roraima), Associação dos Povos Indígenas de Roraima e Organização dos Professores de Roraima. Nesta coletânea, o capítulo de Barroso aborda em profundidade o papel do Nisi-RR na constituição do DSEI Leste Roraima.

10 O relatório final foi responsabilidade da Comissão Executiva da 2ª CNSPI, formada por Ana Maria Costa, Antonio Ferreira da Silva, Cibele B. L. Verani, Douglas Antonio Rodrigues, Francisco C. Cardoso Campos, István Van Deursen Varga, Marcos A. Pellegrini, Maria Luiza Garnelo Pereira, Mauro Ribeiro Alves e Mirthes Versiani.

[11] Não estavam disponíveis na página eletrônica do CNS as atas de três reuniões ordinárias e cinco extraordinárias, o que pode significar que a saúde indígena foi tratada em um número um pouco maior de reuniões. Por exemplo, a ata da 19ª Reunião Extraordinária, realizada em 15 de dezembro de 2000, não está disponível, porém essa reunião gerou a resolução n. 306/2000, que tratou da 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (ver Quadro 7 no Apêndice).

[12] Na página eletrônica do CNS estão disponíveis as recomendações a partir de 1995 e as moções a partir de 1998.

Referências

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n. 540, de 18 maio 1993. Reconhece os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena – Nisis, organizados no âmbito de cada estado. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1993a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=44&data=09/06/1993>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 541, de 18 maio 1993. Constitui Grupo de Trabalho para analisar e indicar os mecanismos que deverão nortear a "aplicação dos recursos disponíveis para a saúde indígena", conforme aprovado no I Fórum. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1993b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=16&data=09/06/1993>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Lei n. 9.836, de 23 set. 1999. Acrescenta dispositivos à Lei n. 8.080, de 19 set. 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1999a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Decreto n. 3.156, de 27 ago. 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos n. 564, de 8 jun. 1992, e 1.141, de 19 maio 1994, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1999b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.257, de 26 nov. 2003. Identifica as instituições e entidades, bem como designa os seus representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=25&data=28/11/2003>. Acesso em: 22 out. 2019.

BRASIL. Resolução n. 453, de 10 maio 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2012. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso em: 26 nov. 2019.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A Saúde do Índio. *Saúde em Debate*, edição especial, jan. 1988. Disponível em: <https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.+especial%2C+edi%E7%E3o+especial&pesq=&x=69&y=13>. Acesso em: 19 ago. 2019.

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO ÍNDIO (CISI). *Boletim da Cisi – Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, Conselho Nacional de Saúde/MS, n. 1, abr.- jun. 1997*. Brasília: Biblioteca do Cimi.

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO ÍNDIO (CISI). *Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – Cisi/CNS 2000-2006*. Brasília: Editora UnB, 2006. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cisi/doc/memoria_cisi.pdf. Acesso em: 17 abr. 2017.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS, II (II CNSPI). *Relatório Final*. 1993. Brasília: Biblioteca do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), 1993.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). I Fórum Nacional de Saúde Indígena. *Documento Final*. Brasília: Biblioteca do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), 1993.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Informativo Fórum Nacional de Saúde Indígena. *Informativo*. Brasília: Biblioteca do Cimi, 1994.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Movimento e organizações indígenas no Brasil, 2008. Disponível em: <https://cimi.org.br/2008/07/27614/>. Acesso em: 3 jul. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 001, de 26 abr. 1991. Recomenda ao Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde que proponha ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde a constituição das Comissões Interinstitucionais. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1991a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm>. Acesso em: 22 out. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 011, de 31 out. 1991. Institui as Comissões Intersetoriais Nacionais, integrantes do Conselho Nacional de Saúde, a seguir especificadas. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1991b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm>. Acesso em: 22 out. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 034, de 23 dez. 1992. Aumenta o número de representantes indígenas da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1992. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm>. Acesso em: 22 out. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 060, de 6 maio 1993. Considera a Recomendação n. 15/93, de 27 abr. 1993, da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, que busca viabilizar as medidas para implementação de um plano de trabalho conjunto proposto pelo I Fórum Nacional de Saúde Indígena (item IV do Documento Final). *Diário Oficial da União*, Brasília, 1993. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_93.htm>. Acesso em: 22 out. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 197, de 10 out. 1996. Estabelece que a composição da Cisi passa a ter a seguinte representação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 22 out. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Boletim do Conselho Nacional de Saúde*, out./nov./dez. 2000. Brasília: Ministério da Saúde, ano 3, n. 21, 2000. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/boletins/novos/2001_0808_boletim_CNS_n21.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2020.

CORNWALL, A. & SHANKLAND, A. Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system. *Social Science & Medicine*, 66: 2.173-2.184, 2008.

CORNWALL, A. & SHANKLAND, A. Cultures of politics, spaces of power: contextualizing Brazilian experiences of participation. *Journal of Political Power*, 6(2): 309-333, 2013.

CÔRTES, S. V. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. *In*: CÔRTES, S. V. (Org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 16 out. 2019.

CÔRTES, S. V. *et al.* Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. *In*: CÔRTES, S. V. (Org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 16 out. 2019.

DIEHL, E. E. & LANGDON, E. J. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto Indígena brasileiro. *Universitas Humanística*, 80: 213-236, 2015.

DIEHL, E. E. & LANGDON, E. J. Indigenous participation in primary care services in Brazil: autonomy or bureaucratization? *Regions & Cohesion*, 8(1): 54-76, 2018.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). C169 – Indigenous and Tribal Peoples Convention, 1989. Disponível em: <www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169>. Acesso em: 19 set. 2019.

LANGDON, E. J. & DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, 16(2): 19-36, 2007.

MENÉNDEZ, E. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médico Sociales*, 73: 5-22, 2010.

RICARDO, C. A. (Org.). *Povos Indígenas no Brasil: 1991-1995*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1996.

TEIXEIRA, C. C. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil? *Amazônia, Revista de Antropologia*, 9(2): 716-733, 2017.

TEIXEIRA, C. C.; SIMAS, D. H. & COSTA, N. M. A. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 7(4): 97-115, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care, 1978. Disponível em: <www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019.

Apêndice

Quadro 1 – Resumo do teor do documento "Os povos indígenas e o direito à saúde" (UNI) e do Relatório da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, de 1986

Documento da UNI		Relatório da I Conferência	
Introdução (p. 8)	O direito a uma existência plena para os povos indígenas exige ações que vão além do simples reconhecimento das especificidades étnico-culturais. É necessário que assegurem o respeito à sua organização político-cultural; o acesso à assistência à saúde e à educação; *a participação na organização e controle dos serviços prestados*; a efetiva desintrusão e demarcação dos territórios ocupados pelos povos indígenas, lugar onde se dá o pleno exercício destes direitos (destaque meu).	Introdução (p. 60)	Os participantes desta Conferência, reconhecendo a *importância da elaboração de políticas para os indígenas com a sua participação*, recomendam como *princípio geral que esta participação deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, tais como na formulação e no planejamento das ações e dos serviços de saúde, na sua implantação, execução e avaliação* (destaques meus). No caso da saúde indígena este conceito [de saúde da Organização Mundial de Saúde] implica considerar: • que o acesso das nações indígenas às ações e serviços de saúde, bem como *sua participação na organização, gestão e controle dos mesmos*, respeitadas as especificidades etnoculturais e de localização geográfica, é dever do Estado (destaque meu).

Quadro 1 – Resumo do teor do documento "Os povos indígenas e o direito à saúde" (UNI) e do Relatório da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, de 1986 (continuação)

Documento da UNI		Relatório da I Conferência	
As Nações Indígenas e o Direito à Saúde (p. 8)	3. O direito à saúde passa necessariamente pelo reconhecimento da cidadania plena dos povos indígenas e por medidas que assegurem: a posse de suas terras; o respeito à sua organização político-cultural; o acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde; *e a participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde* (destaque meu).	Não há uma seção correspondente ao documento da UNI.	
Sistema de Atenção à Saúde do Índio (p. 9)	1. Dadas as especificidades étnico-culturais, o grau de contato, a localização geográfica e as dificuldades de acesso hoje presentes em relação a populações indígenas no Brasil, as ações em saúde para as mesmas devem ser coordenadas por uma secretaria a ser criada especificamente para este fim. *A criação desta Secretaria deve contar, principalmente, com a participação de organizações indígenas* (destaque meu). 2. A vinculação institucional dessa Secretaria deve ser com o Ministério da Saúde, responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde, possibilitando por um lado a coordenação e o controle dos serviços nos níveis estadual e municipal e, por outro lado, garantindo a viabilização de serviços próprios e locais para as populações indígenas de regiões de difícil acesso ou com pouco contato com a sociedade nacional. 3. Deve ser de *competência dessa Secretaria designar grupos multiprofissionais, com a participação dos índios*, para estudar e propor ações específicas para os casos especiais (populações isoladas em vias de contato ou de contato recente e outros casos encarados como tal (destaque meu). 4. Princípios de Organização dos Serviços: • *garantir a participação da população indígena, através de suas organizações, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;* • *enfatizar o desenvolvimento da educação em saúde como estratégia de participação das comunidades no controle e na avaliação contínuos das ações em saúde nas áreas* (destaques meus). 5. Princípios em relação à Condição de Acesso e Qualidade dos Serviços 6. Princípios da Política de Recursos Humanos	Sistema de Atenção à Saúde do Índio (p. 60)	Do Gerenciamento: • *o gerenciamento* das ações e serviços de atenção à saúde para as nações indígenas, *deverá ser da responsabilidade de um único órgão, criando-se uma agência específica para tal fim, com representação indígena* (destaques meus); • a vinculação institucional desta agência deve ser com o ministério responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde, de modo a integrar o sistema específico de saúde para os índios ao sistema nacional; • é de *competência desta agência designar grupos multiprofissionais* para estudar e propor ações específicas para casos especiais (populações em vias de contato ou de contato recente e outros casos considerados como tal) (destaque meu). Da Execução: • A execução das ações de saúde ao nível primário de atenção deve ser de responsabilidade da agência supracitada aqui proposta, a integração com os demais níveis de atenção aqui contemplados e pelo (*sic*) Sistema Único de Saúde. Da Organização dos Serviços: • *garantir a participação das nações indígenas através de seus representantes, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde* (destaque meu). Do Acesso e da Qualidade dos Serviços Da Política de Recursos Humanos Do Sistema de Informação

Fonte: adaptado de CEBES. A Saúde do Índio. *Saúde em Debate*, edição especial, 1988.

Quadro 2 – Membros representantes da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi) presentes na reunião de instalação da comissão – 22 set. 1992

	Organização	Membro representante
Representantes estatais	Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde	Marcos Antonio Monteiro Guimarães
	Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública	Ausente
	Ministério da Justiça/Fundação Nacional do Índio	Deurides Ribeiro Navega Cruz
	Ministério da Educação/Escola Paulista de Medicina	Douglas Antonio Rodrigues
	Secretaria do Meio Ambiente da Presidência da República	Ausente
Representantes societais	Associação Brasileira de Antropologia (ABA)	Ausente
	União das Nações Indígenas (UNI)	Ausente
	Aliança dos Povos da Floresta	Ausente
	Confederação Nacional dos Bispos/Conselho Indigenista Missionário (CNBB/Cimi)	Mirthes Versiani dos Anjos
	Fundação Universidade do Amazonas (FUA)	Alba Lucy Giraldo Figueroa
	Conselho Nacional de Saúde	Mozart de Abreu e Lima

Fonte: adaptado da ata da Reunião de Instalação da Cisi, setembro de 1992.

Quadro 3 – Membros indígenas na Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi) – 1992-1995

Ata	Data	Coordenador	Secretaria	Indígenas membros	Organização	Indígenas convidados	Organização
1	22 set. 1992	Mozart de Abreu e Lima (CNS)	Alba Figueroa (FUA)				
2	21 out. 1992	Marcos Antonio Monteiro Guimarães (FNS-Cosai)	Alba Figueroa (FUA)			Nailton Muniz de Andrade	Apinb
						Waldir Tobias (Macuxi)	CIR-RR
						Severo Ferreira (Guarani)	Caguateka/ Conselho de Articulação Guarani, Terena e Kaiwá
						Orlando Melgueiro da Silva (Baré)	Coaib
						Célio dos Santos Francisco (Terena)	Comitê Terena
						José Souza da Silva	UNI-AC

Quadro 3 – Membros indígenas na Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi) – 1992-1995 (continuação)

Ata	Data	Coordenador	Secretaria	Indígenas membros	Organização	Indígenas convidados	Organização
3	18 nov. 1992	Marcos Antonio Monteiro Guimarães (FNS-Cosai)	Alba Figueroa (FUA)	Biraci Brasil	MPIVJ-AC	Nailton Muniz de Andrade	Bahia
						José Souza da Silva	UNI-AC
						Bruno Ferreira	Onisul
						Celina Cadena da Silva	Coiab
4	16 e 17 dez. 1992	Marcos Antonio Monteiro Guimarães (FNS-Cosai)	Alba Figueroa (FUA)	Biraci Brasil	MPIVJ-AC	José Orestes do Nascimento	Conselho Indígena de Santa Catarina
						Andila Inácio Belfort	Posto Indígena Ligeiro (RS)
						Mário de Camila (Terena)	Posto Indígena Kopenoti Avaí e Vereador
						Claudinei Marcolino (Guarani)	Posto Indígena Nimuendaju Avaí (SP)
						Neri Kame Si Ribeiro	Funai, Passo Fundo (RS)
5	10 e 11 mar. 1993	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Alba Figueroa (FUA)	Biraci Brasil	MPIVJ-AC		
				Nailton Muniz de Andrade	Capoib		
				José Souza da Silva	UNI-AC		
6	27 e 28 abr. 1993	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Alba Figueroa (FUA)	Biraci Brasil	MPIVJ-AC	Maiowe Kayabi	Representante dos monitores indígenas de saúde do Parque Indígena do Xingu
				Nailton Muniz de Andrade	Capoib	Sergio Mbia Guarani	
				José Souza da Silva	UNI-AC	Pedro Salles (Kaingang)	UNI-Sul
				Clóvis Ambrósio	CIR-RR		
7	23 e 24 jun. 1993	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Alba Figueroa (FUA)	José Souza da Silva	UNI-AC	Pedro Mendes Gabriel (Tikuna)	Amazonas
				Clóvis Ambrósio	CIR-RR	Cláudio Pereira Mura	Coiab
						Darcy Duarte Comapa (Marubo)	Civaja-AM
						João Pereira da Silva	Roraima
						Braz de Oliveira França	Foirn-AM

Quadro 3 – Membros indígenas na Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi) – 1992-1995 (continuação)

Ata	Data	Coordenador	Secretaria	Indígenas membros	Organização	Indígenas convidados	Organização
8	11 e 12 ago. 1993	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Alba Figueroa (FUA)	Nailton Muniz de Andrade	Comissão LE-NE	Jupira Terena	Coordenadora do Movimento de Mulheres Indígenas Guarani
				José Souza da Silva	UNI-AC	Maiowe Kayabi	Xingu
				Francisca das Chagas Corrêa	UNI (supl.)		
				Clóvis Ambrósio	CIR-RR		
9	23 e 24 set. 1993	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Alba Figueroa (FUA)	Nailton Muniz de Andrade	Capoib		
				José Souza da Silva	UNI-AC		
10	8 e 9 nov. 1993	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	Nailton Muniz de Andrade	Capoib		
				Clóvis Ambrósio	CIR/RR		
11	11 e 12 abr. 1994	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	Wilson Jesus de Souza	Comissão LE-NE Capoib		
				Clóvis Ambrósio	CIR-RR		
12	11 e 12 maio 1994	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	Clóvis Ambrósio	CIR-RR		
13	6 jun. 1994	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	José Souza da Silva	UNI-AC	Sebastião Manchinery	Coiab
				Wilson Jesus de Souza	Comissão LE-NE Capoib	Antonio Araujo da Silva	UNI-AC
						João Sateré	Capoib
14	30 jun. e 1 jul. 1994	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	Wilson Jesus de Souza	Comissão LE-NE Capoib	Sebastião Manchinery	Coiab
				Clóvis Ambrósio	CIR-RR		
15	28 e 29 jul. 1994	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	Antonio Araujo da Silva	UNI-AC	José Frederico da Silva (Fulni-ô)	Associação Indígena Comunitária Fowha-Pypny-So, PE
				Clóvis Ambrósio	CIR-RR		

Quadro 3 – Membros indígenas na Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi) – 1992-1995 (continuação)

Ata	Data	Coordenador	Secretaria	Indígenas membros	Organização	Indígenas convidados	Organização
16	25 e 26 ago. 1994	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	Antonio Araujo da Silva	UNI-AC	João Sateré	Capoib
				Wilson Jesus de Souza	Comissão LE-NE Capoib		
				Julião Viana Pereira	CIR-RR		
17	29 e 30 set. 1994	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	Antonio Araujo da Silva	UNI-AC		
				Wilson Jesus de Souza	Comissão LE-NE Capoib		
18	24 e 25 nov. 1994	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	Celina Cadena da Silva	Coiab	Osmar Júlio Pataxó	Aldeia Caramuru-NE
				Antonio Araujo da Silva	UNI-AC		
				Wilson Jesus de Souza	Comissão LE-NE		
				Clóvis Ambrósio	CIR-RR		
19	17 e 18 maio 1995	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	André da Cruz	Coiab		
				Clóvis Ambrósio	CIR-RR		
20	16 e 17 ago. 1995	Ulisses Confalonieri (Fiocruz)	Sem inform.	Antonio Araújo da Silva	UNI-AC		
				Clóvis Ambrósio	CIR-RR		

Fonte: adaptado das atas da Cisi, 1ª à 20ª reuniões.

Observação: A grafia dos nomes dos indígenas e o pertencimento à organização variaram no registro das atas, porém neste quadro padronizei as informações.

Organizações indígenas (por ordem alfabética de sigla)

Apinb: Articulação dos Povos Indígenas do Norte do Brasil; Capoib: Conselho de Articulação do Povos e Organizações Indígenas do Brasil; CIR-RR: Conselho Indígena de Roraima; Civaja-AM: Conselho Indígena do Vale do Javari; Coiab: Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira; Comissão LE-NE: Comissão de Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste e Leste; Foirn-AM: Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro; MPIVJ-AC: Movimento dos Povos Indígenas do Vale do Juruá-Acre; Onisul: Organização das Nações Indígenas do Sul; UNI: União das Nações Indígenas; UNI-AC: União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas; UNI-Sul: União das Nações Indígenas do Sul.

Outras siglas - CNS: Conselho Nacional de Saúde; FNS-Cosai: Fundação Nacional de Saúde-Coordenação de Saúde do Índio; Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz; FUA: Fundação Universidade do Amazonas; Funai: Fundação Nacional do Índio.

Quadro 4 – Reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi) – Out. 1996

	Número de representantes	Organizações
Órgãos executivos		
Fundação Nacional de Saúde-Coordenação de Saúde do Índio (FNS-Cosai)	1	FNS-Cosai
Fundação Nacional do Índio (Funai)	1	Funai
Órgão de pesquisa, ensino e/ou extensão que desenvolvem projetos institucionais de saúde indígena		
Instituição de ensino superior	2	Universidade Federal de São Paulo Fundação Universidade do Amazonas
Instituição de pesquisa e desenvolvimento de ciência e tecnologia	1	Fundação Oswaldo Cruz
Entidades da sociedade civil		
Entidades indigenistas	1	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil/Conselho Indigenista Missionário
Entidades científicas	1	Associação Brasileira de Antropologia
Usuários		
Amazônia Ocidental/Amazônia Oriental	1	União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas
Amazônia Meridional	1	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
Amazônia Setentrional	1	Conselho Indígena de Roraima
Leste-Nordeste/Sul	1	Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo

Fonte: adaptado da ata da reunião de 1 e 2 out. 1996 da Cisi e da resolução n. 197, de 10 out. 1996 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 197, de 10 out. 1996. Estabelece que a composição da Cisi passa a ter a seguinte representação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 22 out. 2019).

Quadro 5 – Organizações indígenas e lideranças que ocuparam a representação na Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi) – Nov. 1992 a jun. 1997

Organização indígena	Indígena representante	Número de vezes que participou*
Movimento dos Povos Indígenas do Vale do Juruá-Acre (MPIVJ-AC)	Biraci Brasil	4
Conselho de Articulação do Povos e Organizações Indígenas do Brasil (Capoib)	Nailton Muniz de Andrade**	5
União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas (UNI-AC)	José Souza da Silva***	7
	Antonio Araujo da Silva‡	5
Conselho Indígena de Roraima (CIR-RR)	Clóvis Ambrósio	12
	Julião Viana Pereira	1
Comissão de Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste e Leste (Comissão LE-NE) e Capoib	Wilson Jesus de Souza‡‡	7
União das Nações Indígenas (UNI)	Francisca das Chagas Corrêa	1
Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab)	Celina Cadena da Silva‡‡‡	1
	André da Cruz	1
	Maria do Carmo Trindade Serra±	1

Fonte: adaptado das atas da Cisi (1ª à 20ª reuniões; reunião de reestruturação out. 1996) e do *Boletim da Cisi* (1997).

* Considerando da 1ª à 20ª reuniões e a reunião de reestruturação, em outubro de 1996.

** Ainda esteve presente na 1ª e 2ª reuniões como convidado. Em diferentes atas, também é descrito como representante da Articulação dos Povos Indígenas do Norte do Brasil (Apinb) e da Comissão de Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste e Leste (Comissão LE-NE).

*** Também esteve presente na 1ª e 2ª reuniões como convidado.

‡ Ainda participou da 13ª reunião como convidado.

‡‡ Na reunião de reestruturação (outubro de 1996), representou a Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (Apoinme), mantendo essa representação segundo *o Boletim da Cisi* (1997).

‡‡‡ Ainda participou da 3ª reunião como convidada.

± Segundo o *Boletim da Cisi* (1997), foi designada membro representante na Cisi.

Quadro 6 – Resumo do teor relativo ao tema "participação indígena" no Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas – 1993

Relatório Final da 2ª Conferência	
Introdução	(...) *participação* de 200 delegados, indígenas e não indígenas, seguindo a recomendação de que os usuários constituiriam 50% dos delegados do evento (destaque meu). Este processo [II CNSPI] tentou contemplar o momento histórico do contato interétnico, sendo que *muitas entidades indígenas já estão organizadas e participam do processo decisório na política indigenista do país* (destaque meu).
Dos princípios gerais	Para que sejam garantidas as diretrizes de descentralização, universalização, equidade e *participação comunitária* como princípios do SUS, e para que os povos indígenas do país sejam atendidos de acordo com suas especificidades socioculturais e sanitárias, é imperativo que se definam políticas públicas setoriais também específicas (destaque meu).
Modelo assistencial: o subsistema de saúde para os povos indígenas - Princípios	A descentralização é fundamental para garantir a tomada de decisão com *participação indígena* (destaque meu).
Modelo assistencial: o subsistema de saúde para os povos indígenas - Diretrizes	Os *DSEIs serão formados com base em projeto elaborado junto com as comunidades*, sob a supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígenas (Nisis), e com consultores técnicos, se necessário, definirão as atribuições de cada entidade (destaque meu). • O Distrito Sanitário Especial Indígena deve ser caracterizado por: • *controle social da rede distrital* exercido através dos conselhos distritais de Saúde Indígena (CDSI), de *composição paritária e de caráter deliberativo* das ações de saúde em sua área de abrangência (destaques meus).
Controle de gestão e participação indígena, em relação à Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi)	*Ampliar a representação indígena na Cisi para seis representantes indígenas*, sendo um por Macrorregional (Amazônia Ocidental, Amazônia Oriental, Nordeste, Leste, Sul-Sudeste e Centro-Oeste), devendo um deles ser o representante da Cisi no Conselho Nacional de Saúde. O representante indígena no CNS teria entre suas atribuições a de defender as propostas da Cisi naquele órgão (destaque meu).
Controle de gestão e participação indígena, em relação aos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (Nisis)	Garantir a *imediata implantação de todos os Nisis* no país, com *representação paritária entre usuários* e prestadores de serviços de saúde (destaques meus).
Recursos humanos: formação, seleção e perspectivas de carreira dos profissionais da saúde indígena nas instituições públicas - Da contratação	*Criação pelo Nisi de uma comissão paritária, composta por profissionais e representantes indígenas*, para a avaliação da situação de saúde, com o levantamento dos recursos humanos existentes nas instituições envolvidas na atenção à saúde indígena e da necessidade de contratação de pessoal para os distritos sanitários (destaque meu).
Sistemas tradicionais de saúde - Diretrizes	*Criar um grupo paritário de trabalho para estudo e acompanhamento da coexistência dos dois sistemas médicos*, dentro de cada distrito sanitário, para adequar as ações de saúde à cultura de cada povo (destaque meu).

Fonte: adaptado de II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS. *Relatório Final*. 1993. Brasília: Biblioteca do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), 1993.

Quadro 7 – Principais assuntos relacionados à saúde indígena debatidos no plenário do Conselho Nacional de Saúde e resoluções ou recomendações aprovadas – 1991-2000

Assunto	Reunião ordinária	Resolução ou recomendação
Criação, representação e composição da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio	7ª, 29 e 30 out. 1991 20ª, 2 e 3 dez. 1992 37ª, 6 e 7 jul. 1994 86ª, 5 e 6 maio 1999 88ª, 7 e 8 jul. 1999	Resol. n. 11, de 31 out. 1991 Resol. n. 34, de 23 dez. 1992 Resol. n. 123, de 7 jul. 1994 Resol. n. 197, de 10 out. 1996 Resol. n. 293, de 8 jul. 1999
Funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (reativação e Plano de Trabalho)	56ª, 12 e 13 jun. 1996 59ª, 9 e 10 out. 1996 88ª, 7 e 8 jul. 1999	Resol. n. 114, de 6 jun. 1994 Resol. n. 198, de 10 out. 1996
Representação indígena no Conselho Nacional de Saúde	61ª, 4 e 5 dez. 1996 81ª, 7 e 8 out. 1998 82ª, 4 e 5 nov. 1998	
Decreto n. 23/1991	27ª, 4 e 5 ago. 1993	
Decreto n. 1.141/1994	36ª, 8 e 9 jun. 1994 37ª, 6 e 7 jul. 1994 46ª, 5 e 6 jul. 1995 61ª, 4 e 5 dez. 1996 83ª, 2 e 3 dez. 1998	Resol. n. 120, de 7 jul. 1994 Recom. n. 18, de 5 dez. 1996 Recom. n. 38, de 3 dez. 1998
Problemas político-institucionais entre Fundação Nacional do Índio e Fundação Nacional de Saúde	24ª, 5 e 6 maio 1993	Resol. n. 61, de 6 maio 1993
Adequação da Fundação Nacional de Saúde e denúncias contra esta instituição	67ª, 2 e 3 jul. 1997 69ª, 3 e 4 set. 1997 73ª, 4 e 5 fev. 1998 74ª, 4 e 5 mar. 1998 79ª, 5 e 6 ago. 1998 94ª, 9 e 10 fev. 2000	
Modificações no Estatuto do Índio	22ª, 3 a 5 mar. 1993 37ª, 6 e 7 jul. 1994 46ª, 5 e 6 jul. 1995	Resol. n. 45, de 3 mar. 1993 Resol. n. 121, de 7 jul. 1994
Autogestão indígena	24ª, 5 e 6 maio 1993	Resol. n. 56, de 6 maio 1993
Modelo de atenção à saúde indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas	22ª, 3 a 5 mar. 1993 81ª, 7 e 8 out. 1998 88ª, 7 e 8 jul. 1999	Resol. n. 46, de 3 mar. 1993 Recom. n. 34, de 3 dez. 1998 Recom. n. 39, de 3 dez. 1998
Recursos humanos para a saúde indígena	24ª, 5 e 6 maio 1993 31ª, 1 e 2 dez. 1993 46ª, 5 e 6 jul. 1995 88ª, 7 e 8 jul. 1999	Resol. n. 55, de 6 maio 1993 Resol. n. 59, de 6 maio 1993
1º Fórum Nacional de Saúde Indígena	24ª, 5 e 6 maio 1993	Resol. n. 58, de 6 maio 1993 Resol. n. 60, de 6 maio 1993
2º Fórum Nacional de Saúde Indígena	83ª, 2 e 3 dez. 1998	Recom. n. 33, de 3 dez. 1998

Quadro 7 – Principais assuntos relacionados à saúde indígena debatidos no plenário do Conselho Nacional de Saúde e resoluções ou recomendações aprovadas – 1991-2000 (continuação)

Assunto	Reunião ordinária	Resolução ou recomendação
Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena	24ª, 5 e 6 maio 1993	Resol. n. 57, de 6 maio 1993
2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas	22ª, 3 a 5 mar. 1993 23ª, 14 e 15 abr. 1993 24ª, 5 e 6 maio 1993 27ª, 4 e 5 ago. 1993 29ª, 6 e 7 out. 1993 35ª, 4 e 5 maio 1994 36ª, 8 e 9 jun. 1994 38ª, 3 e 4 ago. 1994	Resol. n. 54, de 6 maio 1993
Projeto de Lei n. 4.681, do deputado federal Sergio Arouca	46ª, 5 e 6 jul. 1995 70ª, 30 set. e 1 out. 1997 92ª, 10 nov. 1999	
3ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas	61ª, 4 e 5 dez. 1996 67ª, 2 e 3 jul. 1997 101ª, 13 e 14 set. 2000	Recom. n. 16, de 5 dez. 1996 Resol. n. 305, de 14 set. 2000 Resol. n. 306, de 15 dez. 2000
Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena	67ª, 2 e 3 jul. 1997 88ª, 7 e 8 jul. 1999 94ª, 9 e 10 fev. 2000 100ª, 10 e 11 ago. 2000 103ª, 8 e 9 nov. 2000	
Problemas relacionados a doenças em comunidades indígenas	39ª, 31 ago. e 1 set. 1994 40ª, 19 e 20 out. 1994 41ª, 16 e 17 nov. 1994 73ª, 4 e 5 fev. 1998 74ª, 4 e 5 mar. 1998 75ª, 1 e 2 abr. 1998	
Ações de saúde realizadas por agências missionárias	61ª, 4 e 5 dez. 1996	Recom. n. 19, de 5 dez. 1996
Ética em pesquisa com população indígena	58ª, 7 e 8 ago. 1996 64ª, 2 e 3 abr. 1997 67ª, 2 e 3 jul. 1997 72ª, 4 e 5 dez. 1997 82ª, 4 e 5 nov. 1998 95ª, 15 e 16 mar. 2000 96ª, 5 e 6 abr. 2000 98ª, 7 e 8 jun. 2000	Resol. n. 304, de 9 ago. 2000

Fonte: adaptado das atas, resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde, período 1991-2000.

“Programa de Índio” para “Amansar” Branco

Capítulo 12

Angela Pappiani

Brasil é um conceito forjado ao longo de cinco séculos de ocupação desta porção do território sul-americano. Resultado do confronto explícito entre nações europeias que competiam para se apropriar de riquezas e terras além de seu continente e também entre os invasores e os povos que habitavam originalmente este território. Uma sucessão de guerras, de disputas entre governos e corporações e de espoliação e violência contra as populações que resistiam à invasão. Guerra que nunca cessou. As estratégias que esses povos de centenas de etnias desenvolveram para assegurar sua sobrevivência, e a do lugar ao qual pertenciam, foram muitas, desde o confronto direto até alianças temporárias e mesmo a fuga para lugares mais distantes e seguros, onde muitos povos ainda estão, em isolamento voluntário.

A história oficial que vem sendo contada desde então pouco traz de informações sobre essas guerras e sobre os povos que foram totalmente dizimados ou banidos de seu lugar de origem, forçados a deixar para trás os cordões umbilicais enterrados junto às casas e as sepulturas dos ancestrais. A história passa como esponja sobre um mapa, limpando a terra de gente, bichos, árvores, montanhas, rios, de tudo que atrapalhe o avanço do progresso, consumindo tudo que é possível transformar em mercadoria para as grandes transações e projetos civilizatórios, e traçando linhas e fronteiras que esquartejaram um corpo antes vivo e pulsante. Então ficamos sem a oportunidade de conhecer os povos subjugados e suas lutas. Mas elas existiram, com certeza, e provocaram muito barulho. No século XX a expectativa dos donos desta capitania hereditária que ainda é nosso país era de total eliminação dos povos indígenas de nossa convivência, fosse pela morte pura e simples, fosse pela assimilação.

Depois de um tempo de certa calmaria no começo do século passado, a década de 1940 trouxe novamente para a consciência deste Brasil a existência de povos indígenas e sua recusa a desaparecer. A grande marcha para o oeste, promovida por Getúlio Vargas, se deparou com centenas de povos organizados, com culturas sofisticadas e domínio de um vasto território que precisava ser desocupado para estar a serviço dos novos proprietários. O rádio, jornais, cinejornais e revis-

tas já eram veículos influenciadores da opinião pública, com grande circulação e poder. Assim, pela primeira vez, os brasileiros das grandes cidades foram expostos a imagens que não pertenciam a seu imaginário: diferentes tribos, selvagens em pé de guerra com as frentes que avançavam, outros amistosos e ingênuos, crianças na relação com os seres superiores que chegavam. Milhares de fotografias e filmes, centenas de reportagens oscilavam entre o encantamento e o pânico diante desses seres quase que extraterrestres. Mas eles ainda não tinham voz, nem pensamento. Nas décadas de 1960 e 70, nova onda de expansão do território sob o regime militar trouxe mais uma vez a figura do "índio" para confrontar as aspirações da nação. Dessa vez com menos manchetes e imagens, e muita informação a ser escondida e negada. Uma sucessão de desrespeitos e violações só revelados recentemente com a divulgação do Relatório Figueiredo (Relatório..., 1967).[1]

A violência contra a floresta e os povos da floresta começava a incomodar uma parcela da população, intelectuais, artistas e pesquisadores dentro e fora do país, gerando uma mobilização e a criação de diversas organizações de apoio aos povos indígenas. Somente no final da década de 1970 esses povos começam a se organizar para além de suas aldeias. A partir da iniciativa de parceiros e movimentos por direitos, essas pessoas, de tantas etnias diferentes, podem se encontrar e percebem os problemas comuns que enfrentam. Traçam, então, novas estratégias e usam a tecnologia dos "brancos" para se comunicar entre si e com os não indígenas. De uma forma orgânica, natural, independente de segmentos políticos ou religiosos, o movimento indígena vai se firmando e se fazendo enxergar e escutar, com os pés firmes na cultura e na tradição. São os discursos vigorosos, os cantos coletivos, as danças ritmadas de Xavantes, Kayapós, de povos do Xingu e do Nordeste que demonstram sua indignação com o estado das coisas e mobilizam energias e aliados para a luta.

No início dos anos 80 esses povos se reúnem num movimento que junta grupos até então inimigos tradicionais contra um inimigo comum, maior e mais poderoso: a União das Nações Indígenas (UNI), movimento de povos indígenas organizados de acordo com suas tradições e alianças, que se apropriam de meios de comunicação, entendendo a importância de revelar sua identidade, de informar aos brasileiros sobre sua realidade, necessidades e anseios. Passam a ter voz, a expressar seu pensamento de forma ampla, convocando coletivas de imprensa para divulgar as assembleias indígenas e suas reivindicações, e ainda ocupando em ações de protesto órgãos governamentais regionais como superintendências da Fundação Nacional do Índio (Funai) e Casas do Índio, criadas para lhes dar assistência em saúde.

Dentro desse movimento, surgem os primeiros escritores e cineastas indígenas, registrando com a palavra escrita e suas câmeras a cultura e a realidade de

seus povos. É assim que Mario Juruna se afirma como exemplo de luta contra as mentiras dos políticos, gravando suas vozes e promessas num gravador cassete, e consegue se eleger o primeiro deputado federal indígena pelo Rio de Janeiro, com mandato entre 1983 e 87. E é assim que o primeiro programa de rádio pensado e conduzido por pessoas indígenas reverbera as ondas sonoras para chegar ao público com informação nova, de um jeito totalmente novo.

Em junho de 1985 foi ao ar, pelos 93,7 MHz da Rádio USP de São Paulo, a primeira edição do *Programa de Índio*, apresentado por Álvaro Tukano, Ailton Krenak e Biraci Yawanawá. A primeira experiência do povo indígena do Brasil em rádio. Uma iniciativa do Núcleo de Cultura Indígena, braço oficial da União das Nações Indígenas.

Três jovens mobilizados dentro do movimento indígena, de três regiões do Brasil – Amazonas, Minas Gerais e Acre –, com domínio da língua portuguesa, se apropriavam de um veículo criado pelos "brancos" para pacificar esses companheiros de trajetória no planeta Terra. Como diziam, "um 'Programa de Índio' para amansar branco".

O *Programa de Índio*, com 30 minutos semanais, ficou no ar de 1985 a 1990, com duas pequenas interrupções por ocasião de mudanças na reitoria da universidade e, por consequência, na direção da Rádio USP. Foi distribuído também para outras emissoras educativas e/ou comerciais, em outros estados do Brasil, como a Rádio Efei (MG), a Rádio Universidade de Santa Maria (RS) e a Rádio Caiuás (MS), entre outras.

Foi o primeiro programa de rádio criado e conduzido por pessoas indígenas com a proposta de aproximação com o Brasil, de divulgação de suas tradições e realidades, de defesa e luta por seus direitos, com informação, história, música, cultura, humor, beleza.

Foram mais de duzentos programas produzidos nesse período, em fitas de rolo de 1.200 pés, copiados e preservados depois em fitas cassete por mais de vinte anos. Esse acervo foi recuperado e digitalizado entre 2008 e 2009, no âmbito de um projeto patrocinado via Edital Petrobras Cultural. Os programas estão disponíveis no *site* <www.programadeindio.org>, com o áudio original e uma breve apresentação sobre o conteúdo.

No capítulo seguinte desta coletânea é apresentada a transcrição do primeiro de dois programas sobre a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, transmitido pela Rádio USP no dia 30 de novembro de 1986. Essa conferência, realizada em Brasília de 27 a 29 de novembro desse ano, foi o primeiro evento específico para discutir a situação de saúde dos povos indígenas e suas proposições para inclusão dos indígenas nessa nova política nacional de saúde, que se tornou o Sistema Único de Saúde. Sua realização foi resultado de uma reivindicação de

lideranças indígenas e parceiros presentes à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986 por iniciativa do movimento da Reforma Sanitária. Nesse *Programa de Índio* de 30 de novembro, Ailton Krenak comenta suas impressões e dialoga com Sergio Arouca, presidente da 8ª CNS, e com o grande chefe Raoni, do povo Metyktire-Kayapó. Esse é o único registro em áudio desse marco inicial da construção do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Ao longo dos cinco anos do programa, participaram todas as lideranças indígenas importantes dessa época, homens e mulheres das aldeias, com depoimentos e entrevistas registrados em seus lugares de origem ou em eventos que reuniam esses povos. Aliados, políticos, estudiosos, intelectuais, artistas também tiveram espaço e trouxeram informações e reflexões, mesmo que esse não fosse o objetivo principal do projeto, que era repercutir a voz das aldeias.

A UNI, numa primeira iniciativa de comunicação ampla, edita um jornal impresso a partir da cidade de São Paulo, o *Jornal Indígena*, usando o português para a comunicação com as aldeias e também com a sociedade civil e a imprensa. O custo da edição impressa, a dificuldade na distribuição do jornal e a limitação da linguagem escrita entre povos de cultura oral e de muitas línguas fazem a UNI questionar a eficácia desse meio e discutir novas formas de comunicação.

O rádio, já usado como forma de comunicação entre pessoas e aldeias na Amazônia, surge como resposta às necessidades do movimento indígena nesse momento. A escolha se deve às características básicas do veículo, que de forma empírica os indígenas já sabiam identificar: o baixo custo e facilidade na produção, a abrangência de um grande público, a linguagem oral e a possibilidade de usar outros idiomas na comunicação, de gravar os programas em fitas cassete e distribuí-los às aldeias, ampliando o tempo de vida do programa, e de recorrer a outras linguagens na comunicação, como as histórias, as narrativas tradicionais, a música, os sons naturais das aldeias.

A Rádio USP

Ailton Krenak e Álvaro Tukano eram os responsáveis pelas estratégias e ações de comunicação da União das Nações Indígenas a partir de um escritório montado numa sala cedida ao movimento pelo Instituto Sedis Sapientiae, em São Paulo, lugar de acolhida a vários movimentos sociais, como a Comissão Pró-Índio de São Paulo e o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra.

O conceito do programa, definido no início de 1985 pelas lideranças em conversas presenciais e à distância, era muito simples: falar com os ouvintes de maneira informal, como se fosse uma conversa ao pé do fogo, trazendo informações, notícias, músicas do universo indígena, um conteúdo rico e diverso nunca antes aces-

sível ao público. Abrir o microfone para as pessoas indígenas, lideranças, homens e mulheres das aldeias, pajés, jovens estudantes, professores, e em alguns momentos também para os aliados, políticos, pensadores, estudiosos que colaboravam com o movimento indígena e até para pessoas, de dentro e fora do governo, que viam o povo indígena como inimigo do progresso e da segurança nacional.

Não havia uma ideia clara sobre quem seria o público do programa. Mas a iniciativa seria voltada para a população urbana, formada pelos “brancos” – que são também os pretos, os amarelos, os mestiços, os imigrantes. Como dizia Ailton Krenak, se apropriando de um termo usado pelos indigenistas, era um programa para “amansar o branco”, “civilizar” essa gente distante, tornando-os mais humanos, numa relação de encontro verdadeiro, de trocas e de conhecimento mútuo. Tocar e transformar pelo coração, permitindo a uma população sem nenhuma informação sobre os povos indígenas um mínimo de contato com outras realidades, outros pensamentos e modos de vida, com a história não contada, com as raízes do país não reveladas.

A Rádio USP foi cogitada como uma das únicas possibilidades de veiculação do programa por seu caráter educativo, sua vinculação a uma universidade comprometida com as lutas democráticas da época e principalmente pelo caráter experimental e aberto da sua programação, sob o comando do diretor Luiz Fernando Santoro.

A proposta do Núcleo de Cultura Indígena da UNI foi aceita pela direção da rádio sem restrições ou interferência, com confiança plena na capacidade das pessoas envolvidas no projeto.

Manter um programa de rádio semanal no ar, sem equipamentos, recursos e pessoal, não era tarefa fácil. As lideranças da UNI estavam envolvidas em seus muitos afazeres políticos e uma intensa agenda de viagens; havia ainda a relação burocrática com a rádio, agendamento de estúdio, necessidades técnicas, pesquisa de material musical – muito precário e difícil na época. Um desafio e tanto.

As pautas eram discutidas e decididas em reuniões presenciais com a participação de integrantes da UNI que estivessem em São Paulo e também com consultas por telefone ou carta e sugestões que chegavam das aldeias. A dificuldade na comunicação com as aldeias era enorme. No interior do país, somente as cidades maiores tinham sistema de telefonia. Muitas vezes a comunicação era feita por radioamador com o sinal transmitido de dentro das aldeias para postos de telefonia regionais que intermediavam a transmissão para São Paulo. Muitos programas eram gravados com a presença dos apresentadores e convidados, no seu tempo normal de 30 minutos, no estúdio da Rádio USP, ou, depois de 1986, no estúdio próprio do Núcleo de Cultura Indígena, como um programa ao vivo para depois ser veiculado. Outros programas eram editados a partir de material previamente coletado nas aldeias e em eventos fora de São Paulo, de entrevistas, de depoimentos de lideranças, de denúncias recebidas por telefone ou fitas; em algumas situações, eram

necessários vários programas para dar conta de todo o conteúdo. A veiculação pela Rádio USP era feita aos domingos pela manhã, com reprise num dia de semana à noite. Essa periodicidade foi alterada algumas vezes, permanecendo sempre duas exibições por semana.

A notícia do programa se espalhou muito rapidamente entre as comunidades indígenas. Em alguns meses, de norte a sul do país, quase todas as aldeias sabiam que uma emissora de São Paulo podia colocar suas vozes e pensamentos no ar, para todos ouvirem. Os gravadores cassete eram muito populares entre os povos indígenas, que os usavam para registrar as músicas e os encontros. O deputado Mário Juruna, do povo Xavante, foi um exemplo de como essa nova tecnologia impactava as comunidades.

A produção do programa passou a receber fitas cassete gravadas nas aldeias com informações e notícias que não chegariam de outra forma ao público. Lideranças passaram a gravar depoimentos, músicas e informações durante suas viagens pelo país, e os encontros e assembleias indígenas eram momentos especiais para a documentação da voz e da realidade desses povos até então emudecidos pela história.

Não faltava assunto ou matéria-prima para a produção. A linguagem e os recursos usados em cada edição variavam de acordo com o tema, o local de origem do programa, o momento político e até com o humor dos apresentadores ou convidados. As dificuldades maiores eram de ordem técnica. Uma situação comum eram as ligações feitas por telefone diretamente dos locais onde grupos indígenas faziam protestos ou ocupavam órgãos de governo e queriam que suas falas fossem ao ar.

Os assuntos abordados foram os mais variados, mas a base de todas as conversas sempre foi a importância da garantia da terra como bem fundamental para a vida plena e com saúde dos povos, para a continuidade da tradição e da cultura, dos princípios da vida em coletivo e em conexão com todos os elementos materiais e as forças invisíveis. A saúde como resultado da vida em equilíbrio era tema frequente, e a sua perda apontada como consequência da invasão, da destruição da floresta e dos rios, da liberação de forças maléficas de dentro da terra. As cerimônias e os conhecimentos para a manutenção da vida saudável e equilibrada também estiveram em foco em muitos e muitos programas, na voz de homens e mulheres indígenas do Brasil e de outros países também.

As fitas com as gravações das aldeias demoravam muito tempo para chegar a São Paulo. Muitas vezes, quando chegavam, não tinham as condições mínimas para sua reprodução, porque eram fitas reaproveitadas, em péssimo estado de conservação. Outra dificuldade era a limitação do uso do estúdio da Rádio USP, com dia e horário específicos reservados para gravação do *Programa de Índio* que não coincidiam com a agenda das lideranças na cidade. Era necessária muita mágica e jogo de cintura para driblar os desafios e equilibrar a relação com centenas de povos

diferentes, com suas demandas e urgências num tempo de tantos acontecimentos. E tudo isso com a UNI sem recursos próprios para a produção.

Após um ano de programa no ar, sua visibilidade, grande audiência e repercussão entre os diversos povos davam a medida do sucesso e da importância da iniciativa. Com esse capital, o Núcleo de Cultura Indígena conseguiu apoio da Fundação Ford para a produção dos programas, com os recursos que permitiram a aquisição de equipamento básico, a montagem de um pequeno estúdio em outra sala cedida pelo Instituto Sedis Sapientiae e a remuneração de duas pessoas trabalhando em meio período, o que conferiu autonomia para as gravações de entrevistas e edição do material recebido das aldeias.

O núcleo pôde também distribuir os programas gravados para outras emissoras, em outros estados do país. A primeira emissora a retransmitir o *Programa de Índio* foi a Rádio Efei, da Faculdade de Engenharia de Itajubá, MG. Depois vieram a Rádio Universidade de Santa Maria, RS, e a Rádio Caiuás de Dourados, MS. Algumas outras emissoras retransmitiram o programa por períodos curtos, como a Rádio Educadora de Petrópolis, a Rádio Rio Branco e outra emissora em Aracaju.

Quando o Núcleo de Cultura Indígena, a partir de 1989, ocupou a Casa do Sertanista, imóvel tombado pelo Departamento do Patrimônio Histórico, localizado no bairro paulistano do Caxingui, com um centro cultural denominado Embaixada dos Povos da Floresta, a parceria com o estúdio Quilombo, de Milton Nascimento, e a doação de equipamentos de uma fundação norte-americana permitiram a construção de um estúdio com condições mais adequadas à gravação e distribuição dos programas e ainda a execução de outros trabalhos audiovisuais, a formação de pessoas indígenas na produção de programas e a documentação das atividades ali realizadas.

O público do programa

Quando o *Programa de Índio* começou em 1985, a equipe de realização sabia os objetivos que queria atingir e tinha domínio da sua linguagem e do seu conteúdo. Mas para quem eram dedicados os programas? Qual era o público do outro lado das ondas sonoras?

A proposta, desde o início, era estabelecer uma comunicação com os não indígenas, levando informações para a população urbana e, no caso da Rádio USP, para a cidade de São Paulo. O público imaginado era formado por estudantes, educadores, profissionais liberais, jovens, gente com algum interesse na questão indígena.

Logo nas primeiras semanas do programa, cartas de ouvintes chegaram não só da capital, mas de cidades mais distantes que conseguiam sintonizar a Rádio USP, e o público se revelou muito mais amplo: de crianças e adolescentes a idosos e

aposentados; de donas de casa a policiais, de professores e estudantes a empresários. E ainda vários indígenas, incógnitos na grande cidade, trabalhando em várias profissões, sem assumir sua identidade, se revelavam nas cartas. Muitos ouvintes afirmavam suas origens indígenas, as histórias de avós pegas a laço se repetiam. Esse público podia escrever sobre suas origens e sonhos, sobre seus medos, preconceitos, desafios e desejos, assumindo as raízes ou as origens, com orgulho.

A única forma de comunicação com os ouvintes eram as cartas. Dourados, no Mato Grosso do Sul, é uma cidade encravada dentro de uma área indígena do povo Kaiowá. A Rádio Caiuás, que retransmitia o programa, era a única emissora comercial justamente num lugar onde há enorme preconceito contra o povo indígena e inúmeros conflitos pela posse da terra.

As informações transmitidas pelo programa mobilizaram os Kaiowá, que eram assíduos ouvintes e ativos participantes, enviando fitas gravadas e informações. A população regional também se manifestou, admitindo em cartas a ignorância sobre a cultura indígena e a compreensão sobre a necessidade de proteção aos direitos dessa população tão marginalizada.

Alguns recursos foram usados para medir e incentivar a participação dos ouvintes, como sorteio de discos e livros e a votação para os prêmios que o programa instituía, como o Prêmio John Wayne, para o inimigo número 1 do povo indígena, que teve várias edições e centenas de votantes.

Além da veiculação semanal de 30 minutos, dezenas de cópias do *Programa de Índio* eram feitas para atender a uma demanda de professores, estudiosos e indígenas. Cópias dos programas também eram solicitadas pelas aldeias que haviam participado do programa ou por aldeias que queriam conhecer a realidade de outros povos indígenas. Assim, sem que fosse seu objetivo inicial, o *Programa de Índio* passou a ter um público grande de pessoas de várias etnias e a promover uma comunicação interna ao movimento indígena.

O *Jornal Indígena* falado

Além dos mais de duzentos programas produzidos e veiculados pelas rádios, o Núcleo de Cultura Indígena realizou também programas temáticos especiais, com 1 hora de duração, reproduzidos em fitas cassete e enviados para as aldeias de todo o país. Esses programas foram produzidos no período de 1986 a 1988, quando se construía a Constituição brasileira com a presença marcante dos povos indígenas.

A linguagem e o formato desses programas, chamados de *Jornal Indígena*, eram diferentes, mais informativos, com muitas entrevistas e depoimentos de lideranças e autoridades indígenas e esclarecimentos sobre o processo constituinte.

Temas como saúde, educação, terras, cultura foram abordados por diferentes etnias, dando voz a muitos protagonistas da história indígena.

A distribuição das fitas era feita com base em listagens de aldeias fornecidas pelas próprias lideranças do movimento indígena e os programas eram ouvidos coletivamente, suscitando discussões dentro das aldeias e respostas para a produção do programa.

A grande dificuldade era atender a uma demanda cada vez maior de aldeias e a decorrente logística de distribuição. Algumas fitas viajavam até dois meses para chegar ao destino, por correio, barco, avião, caminhão. Uma rede informal de distribuidores que envolvia funcionários da Funai, missionários, leigos, professores, estudiosos, antropólogos, médicos e equipes de saúde, Exército etc. Pessoas comprometidas com o povo indígena, independentemente das instituições para as quais trabalhavam.

Mais de 15 anos depois da realização do *Programa de Índio* e do *Jornal Indígena*, as fitas cassete com cópias dos programas ainda eram guardadas como preciosidade pelas comunidades e ouvidas por outras gerações. Pelo caráter informativo e pela presença das pessoas indígenas, esses programas podiam ser ouvidos infinitas vezes, sem se esgotarem, gerando sempre discussões novas nas comunidades, despertando para novos aspectos da questão, sendo constantemente atualizados. Como as narrativas tradicionais, que são atemporais.

Os seminários de rádio indígena

A notícia da realização do *Programa de Índio* se espalhou também para fora do país, e já em 1986 a produção do programa foi convidada a participar de um Seminário Internacional sobre Rádio Indígena, em Quito, no Equador. A experiência do Núcleo de Cultura Indígena era completamente diferente daquela de outras iniciativas. Os países latino-americanos tinham, nessa época, uma tradição de rádios indígenas promovidas por missões religiosas, católicas ou não, e por governos. A Bolívia, o Peru, o Equador e o México tinham dezenas de emissoras que transmitiam conteúdo em línguas indígenas para uma população de milhares de ouvintes. Mas a propriedade dos meios e do conteúdo dos programas era da Igreja ou do governo, que mantinham uma programação "educativa", voltada para a melhoria nas condições de vida da população de acordo com suas próprias noções.

A experiência brasileira chamou a atenção dos indígenas que acompanhavam docilmente os participantes do seminário, que eram, em sua quase totalidade, estudiosos, antropólogos, representantes de governos ou missionários. No Brasil não havia uma "rádio indígena", uma programação diária com conteúdo em línguas nativas, nem programas educativos. Mas o comando do *Programa de Índio*

era dos povos indígenas, sem controle, censura ou direcionamento por parte da emissora ou de qualquer outro órgão ou instituição. Com um pequeno gravador cassete e 2 horas por semana de estúdio de rádio, o resultado era surpreendente, alcançando um grande público e difundindo um pensamento novo. Essa possibilidade motivou muitos parentes indígenas de outros países, revelando que com um pequeno aparato se podia produzir programas independentes e distribuí-los com igual liberdade.

Outros seminários se seguiram nos anos posteriores, em La Paz, Cidade do México, Santiago do Chile e Dacar, no Senegal. Essas viagens possibilitaram à produção do *Programa de Índio* um contato direto com outras experiências de rádio e populações indígenas nesses países.

O último programa foi ao ar em 1990, deixando saudade e muitas reivindicações das aldeias para que o trabalho tivesse continuidade. O Núcleo de Cultura Indígena manteve seu trabalho de divulgação das culturas indígenas por meio de exposições, eventos, documentários, livros e parcerias com artistas importantes.

Vinte anos depois, as fitas cassete com o acervo do *Programa de Índio* resistiam, adormecidas em caixas plásticas, dentro de um armário, na cidade de São Paulo. História e memória de um tempo, do início do movimento indígena, das lutas pela Constituição, por políticas públicas de saúde e educação diferenciadas, com as vozes, o pensamento e arte de centenas de pessoas indígenas.

O projeto de recuperação desse acervo era um sonho antigo que tomou forma e se tornou realidade. O Projeto Programa de Índio, História e Histórias foi aprovado pelo Edital Petrobras Cultural em 2007 e viabilizou um longo trabalho de recuperação das fitas cassete, digitalização do áudio, mixagem, pesquisas de conteúdo e imagens para criação do *site* que agora disponibiliza 180 programas.

Um novo público e uma nova geração de indígenas e não indígenas têm acesso agora a esse conteúdo. Jovens de várias etnias acessam o *site* de dentro das aldeias ou de *lan houses* nas cidades próximas às aldeias, e se comunicam com depoimentos nos quais revelam sua surpresa ao ouvir avós, tios, parentes próximos ou distantes, ao conhecer novas culturas e a arte de outros povos. Antigos ouvintes do programa se emocionam com as histórias e músicas; pesquisadores, educadores podem utilizar esse conteúdo em aulas e teses. Novas perspectivas se abrem a cada momento.

O *site* <www.programadeindio.org> foi reformulado com apoio de edital da Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo e, além dos programas históricos, traz agora uma nova série radiofônica, a *Aldeias Sonoras*.

O antes e o depois

Para os povos indígenas, mesmo antes do contato com a cultura hegemônica do dominador, tempo e cultura sempre foram dinâmicos. As etnias se movimentam no território, estabelecem contatos com outros povos, trocam experiências, tecnologias, arte. Idiomas interagem, relações políticas e sociais são estabelecidas. Quando o contato com o branco se dá, ele é sempre com o que a sociedade nacional tem de mais avançado em tecnologia. As aldeias na floresta conhecem o avião e o helicóptero antes do carro. O GPS, o computador, o celular por satélite chegam a lugares onde ainda não há eletricidade e que não passaram pelos estágios anteriores da tecnologia.

Da mesma forma, os primeiros europeus chegaram em naus equipadas com o que havia de mais avançado para a época e os povos nativos conheceram o metal forjado, a arma de fogo, o astrolábio, os mapas.

Os trinta anos que separam o final do *Programa de Índio* e o momento atual foram vertiginosos em mudanças tecnológicas. As relações em nosso planeta foram transformadas com o surgimento da grande rede de computadores. Os desafios enfrentados pela produção do programa na década de 80 seriam inconcebíveis para a nova geração digital. Carta por correio, gravador de rolo, telefone discado, ausência da internet...

Nas aldeias, a tecnologia digital chegou e tomou conta. Mesmo pessoas que pouco falam o português possuem um telefone celular e se conectam com outros indígenas, em seu idioma nativo. O cerco cada vez mais violento às áreas indígenas promoveu, por outro lado, a proliferação de vilas e ocupações e das antenas de celular. A energia solar e a telefonia via satélite permitem, mesmo a aldeias mais isoladas no interior da Amazônia, o acesso à rede digital. Os povos Ashaninka e Yawanawá, do Acre, e os Paiter Suruí, de Rondônia, foram pioneiros nas novas tecnologias, usam seus benefícios para a proteção de seus territórios, para a denúncia de invasões, para a comunicação com outros povos e autoridades, para o monitoramento remoto de suas terras por satélite.

Nesse contexto de avanços tecnológicos e de protagonismo das comunidades indígenas, nada mais natural do que a apropriação das redes digitais para a comunicação e para a lutas por direitos já garantidos pela Constituição mas nunca efetivamente praticados e agora, mais do que nunca, ameaçados.

Embora no cenário mundial se valorizem a diversidade cultural e o papel fundamental desempenhado pelas populações originárias na defesa e proteção do meio ambiente, o Brasil parece andar na contramão.

O desmonte dos órgãos que deveriam proteger o meio ambiente a as populações tradicionais, a reversão de leis que garantiam direitos assegurados pela Constituição de 1988, o incentivo aberto à invasão e depredação do patrimônio natu-

ral por garimpo ilegal e grileiros, o desmatamento, o barramento e envenenamento de rios, os programas de incentivo ao agronegócio, a mineração e grandes obras de infraestrutura afetaram a possibilidade de vida das populações tradicionais. E esse panorama, já trágico, foi piorado com a chegada do coronavírus ao interior do país, atingindo as aldeias e levando à morte principalmente os anciãos detentores do conhecimento. Regiões totalmente desassistidas pelo poder público, mas que poderiam se manter isoladas, evitando a contaminação, estão invadidas, principalmente por garimpeiros e grileiros, que levam, além da Covid-19, contaminação e outras doenças para as populações vulneráveis. A situação vem sendo denunciada como genocídio por lideranças indígenas que hoje ocupam as redes sociais e chegam até a grande mídia, dentro e fora do país, exigindo o posicionamento da opinião pública e dos governos. Vídeos produzidos nas aldeias em línguas nativas para informação das comunidades, *lives*, *podcasts*, documentários têm sido importantes ferramentas de comunicação das populações indígenas com um público mais amplo, numa demonstração de estratégia e domínio de novos conhecimentos para seguirem na luta por direitos e pela vida.

Nota

[1] Relatório produzido em 1967, ficou "perdido" até 2012, quando foi encontrado no Museu do Índio por Marcelo Zelic, vice-presidente do grupo Tortura Nunca Mais de São Paulo e coordenador do Projeto Armazém Memória. O documento, nunca publicado, tem mais de 7 mil páginas e está digitalizado.

Referência

RELATÓRIO Figueiredo. 6ª Câmara – Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais. Ministério Público Federal, 1967. Disponível em: <www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/violacao-dos-direitos-dos-povos-indigenas-e-registro-militar/relatorio-figueiredo>. Acesso em: 1 jul. 2021.

Programa de Índio

Capítulo 13

Edição especial veiculada pela Rádio USP em 30 de novembro de 1986 – Parte 1[1]

LOCUTOR – A Rádio USP apresenta: Programa de Índio, um trabalho do Núcleo de Cultura da União das Nações Indígenas.

AILTON KRENAK – Programa de Índio, hoje, é um especial sobre saúde. Estamos chegando da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em Brasília, com participação de monitores de saúde, enfermeiros, assistentes de enfermagem, todos representantes de várias comunidades indígenas do Brasil. Também participaram dessa conferência os especialistas, técnicos e, inclusive, médicos que orientam os programas de saúde dos vários projetos que vêm sendo desenvolvidos junto à população indígena. Quando nós fomos consultados pelo Ministério da Saúde, né, com a iniciativa de realizar essa conferência sobre saúde indígena, a primeira questão que nós apontamos é que não era possível discutir e montar um programa ou definir diretrizes, mesmo que gerais, pra questão da saúde, alheio ao que tá ocorrendo no cotidiano das aldeias. Era necessário viabilizar uma participação indígena na conferência. Os entendimentos ocorreram do final do primeiro semestre e, por volta de outubro, a gente já tinha a proposta dessa conferência garantindo uma participação indígena, das pessoas que estão envolvidas com a questão de saúde e das lideranças que têm enfrentado as várias questões que envolvem saúde, os desastres que têm sido pra essas populações os grandes projetos, as ações, mesmo que indiretas, sobre população indígena, mas que são danosas à saúde, e o que nós estamos levantando ao longo desse período de preparação da conferência é que há uma preocupação muito grande das comunidades indígenas em redefinir o que, hoje, existe. Em redefinir e fazer uma avaliação séria dos vários convênios que a Funai estabelece, dos serviços que têm chegado nas áreas e, sobretudo, uma conclusão: que esses serviços que têm chegado nas áreas não são serviços de saúde a que a população tem direito, mas é uma forma mascarada de fazer intervenção na estrutura das comunidades indígenas, na realidade social do grupo, na realidade política dos grupos indígenas, na maioria das vezes colocando o conhecimento, a tradição, a cultura daqueles grupos indígenas contemplados por esses programas como gente que não tem nenhum conhecimento

e que precisam, de toda forma, desse socorro da medicina ocidental. Não foi uma conferência que condenou a medicina ocidental, mas foi, sobretudo, uma conferência que procurou reafirmar princípios, como os que são apontados pela Organização Mundial da Saúde, que entende a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. No caso de saúde indígena, este conceito implica em considerar que a noção de saúde para as populações indígenas é determinada a partir da sua relação, da sua história de contato com a sociedade nacional. É definida também pela forma de ocupação que esse povo faz do seu território e, sobretudo, passa, obrigatoriamente, pela autonomia territorial dos grupos indígenas. Raoni, que é uma liderança Kayapó do Xingu, esteve nessa conferência, vai estar falando, várias outras lideranças indígenas estarão expressando seu pensamento acerca da questão de saúde, mas é importante anunciar: saúde, pro povo indígena, é, sobretudo, autonomia territorial, a garantia do usufruto pleno das riquezas existentes nessas áreas. O doutor Sergio Arouca foi o presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde e também presidiu, abriu a 1ª Conferência de Saúde Indígena, em Brasília, e tem um depoimento seu acerca dessa primeira iniciativa de se discutir saúde indígena.

SERGIO AROUCA – Bom, essa conferência de proteção à saúde do índio é parte da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que começou em março deste ano e que tá tentando definir duas coisas. Por um lado, quais os aspectos de saúde que devem entrar na Constituição brasileira e as propostas de uma reforma sanitária no Brasil. A conferência do índio, eu acho que ela traz todo um aspecto novo a esse debate, já que leva a questão da cidadania a uma reflexão bastante profunda, de respeito à cultura indígena, às suas tradições, à sua história. Coloca em questão todo o aspecto de conservação da natureza e nos pareceu fundamental, dentro de todos esses debates, sempre ter em conta de qual conceito de saúde que tá se falando. A 8ª Conferência partiu dum conceito de saúde ampliado, em que saúde quase que se equivale a nível de vida e, portanto, tem a ver com condições de existência, de trabalho, de direito à terra, de conservação da natureza, de direito à educação, direito à assistência médica, e me parece que a conferência do índio, então, ela deve assumir qual o conceito de saúde que as nações indígenas estão assumindo e, em função disso, eles colocarem quais as propostas que eles têm de organização dos serviços de saúde pra que essas propostas sejam incluídas, então, na Reforma Sanitária.

ANGELA PAPPIANI – E como que você vê o papel das instituições científicas nessa nova proposta?

SERGIO AROUCA – Eu acho que as instituições científicas, elas têm que repensar todo o seu comportamento, acho que, diante desse momento, né? Muitas vezes, os índios sempre também foram considerados, pelas instituições científi-

cas, como simplesmente objetos de estudo, quer dizer, pessoas aqui que iam lá, coletavam informações, tiravam sangue, eles faziam o exame pra publicação de mais um trabalho científico. Nós acreditamos que as instituições científicas, elas devem ter com o problema uma relação de compromisso. Isso envolve que o que foi investigado e o que foi estudado deve retornar pra própria comunidade indígena pra que ela possa encaminhar a solução dos seus problemas. Nós acreditamos que a comunidade científica, as instituições científicas, elas têm que se repensar pra enfrentar os problemas com compromisso de solução dos problemas.

["O tukano", melodia entoada por flautas Wajãpi]

AILTON KRENAK – Aí foi as flautas Wajãpi. Flauta tocando um concerto, uma música que chama "O tukano". A maioria das músicas deles contemplam manifestação de espíritos dos animais, né? Nós estamos aqui, então, com esse especial sobre saúde indígena. Tivemos a fala do professor Sergio Arouca, que presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde e esteve na abertura dessa nossa Conferência de Saúde Indígena. Numa certa altura dos entendimentos com o Ministério da Saúde, acerca da participação indígena nesta conferência e da forma que seria montado os painéis, as mesas, as exposições dos trabalhos, nós tivemos uma preocupação muito grande porque, da parte do povo indígena, nós sabíamos que era fundamental que essa conferência contemplasse a cultura, a tradição médica do povo indígena, que não se colocasse como oposição ao conhecimento que o xamã, que o pajé, que as pessoas tradicionais indígenas têm e praticam no controle da saúde, né? Por outro lado, reconhecemos também que uma participação dos médicos tradicionais dentro dessa conferência, junto com técnicos, com especialistas, podia resultar numa impossibilidade de se tirar uma proposta de diretrizes para a saúde, que é o objetivo dessa conferência. Então nós procuramos resolver isso propiciando a maior participação indígena possível, daquelas pessoas indígenas que conseguiram reunir um conhecimento acerca de saúde enquanto conhecimento médico, técnico, científico e uma informação sobre a tradição cultural do seu povo e um compromisso com essa interação das experiências do povo indígena e do conhecimento técnico-científico. Nós tivemos, então, uma boa participação de monitores indígenas de saúde, de pessoas indígenas que tão lidando com isso e dos técnicos. Os cientistas apresentaram alguns papéis, algumas experiências particulares sobre determinado grupo indígena ou sobre uma determinada experiência e, na grande maioria, acabaram por referendar as experiências do povo indígena enquanto controle de saúde. E uma coisa que ficou confirmado nessa conferência também é que o povo indígena só não controla as doenças que não têm origem dentro dos territórios indígenas. E foi ampliado um pouco mais o conceito de saúde para o povo indígena, na medida em que todos os documentos retirados ali apontam pra necessidade do Estado reconhecer as terras indígenas e garantir uma vida segura

pras populações indígenas pra que possam exercitar sua liberdade, o seu direito à saúde e à vida, enfim. Nós vamos ter, agora, uma fala do Raoni, que é um chefe Metuktire Kayapó de lá do Xingu. Raoni é bastante conhecido. É aquele chefe do Xingu que tem um botoque, que usa um botoque no lábio. A sua pronúncia, na língua portuguesa, tem um pouco de dificuldade de compreensão, mas tem uma fala muito importante dele acerca de saúde que nós vamos ouvir agora.

RAONI – Sempre eu penso que o branco... o branco tá enrolando. Não é como antigamente. Antigamente, terra muito longe pra nós. Como hoje que, terra, tudo terra tá ocupado, o branco tem que sempre deixar mato, tem que deixar terra pra nós, pra nosso filho, nosso neto. Tão querendo fechar rio Xingu.... rio Xingu vai encher como lagoa. Eu não aceito. Então, comunidade nossa, o Kayapó, todo mundo saber, não aceito. Eu tenho que procurar pra explicar. Tem o nome do homem que tão querendo fazer, com o que é o rio. Acaba peixe, acaba bicho. Ele ia ter que deixar mato, ele tem que deixar rio (...). Eu tô querendo explicar mais. Tô muito preocupado com o rio Xingu. Muita gente, meu povo, índio, tá misturado com branco, o branco tá matando meu povo! Eu não quero branco mata mais meu povo! Eu quero que o branco respeita meu povo, trata direitinho meu povo. As doenças do branco é muito mau. As doenças do branco é muito mau pra matar meu povo (...). Meu coração chorando, minha cabeça chorando.

AILTON KRENAK – Esta foi a fala do Raoni explicando, com sua visão, de como que é a situação de saúde do povo indígena hoje. Ele aponta, denuncia o desrespeito que tem sido feito com esse... população indígena. Ele denuncia a intenção dos ministros de construir barragem no rio Xingu. O ministro Aureliano Chaves, das Minas e Energia, anunciou a construção de cinco barragens na região do rio Xingu. Uma dessas barragens, que a imprensa tá denunciando, é a barragem de Kararaô. A outra hidrelétrica num lugar também na área do Xingu, com o nome Babaquara. A outra vai pegar um rio, Teles Pires, inundando terra dos Kayabi. Então Raoni sabe que essas barragens, esses grandes lagos que estão querendo transformar o rio Xingu, vai diminuir a caça, vai diminuir possibilidades de vida do povo indígena que habita essa região e está denunciando que se o governo pensa num programa de saúde que atende a necessidade da população indígena, a primeira iniciativa é de que o governo faça reavaliação desses programas de barragens. A Eletrobrás tá vendendo a ideia pro Brasil que tem que construir barragem. Eles tão buscando financiamento junto ao Banco Mundial, buscando empréstimo internacional pra construção dessas barragens quando ainda não conseguiram provar da urgência e da viabilidade da construção dessas barragens. As barragens do rio Xingu, ao todo cinco, significa inundação duma extensa faixa do território nacional, impossibilitando a sobrevivência dessas populações indígenas. Raoni, quando fala do impacto que vai ter sobre saúde indígena, ele está sendo muito verdadeiro e o governo precisa esclarecer a opinião pública sobre o que significa

essas barragens, que benefícios que vai trazer pro povo brasileiro e não deixar de apontar também os prejuízos que isso pode causar pro meio ambiente e pra população indígena como um todo. Essa conferência de saúde propiciou esse tipo de conversa, de denúncia, de discussão. E de lá também saiu uma moção repudiando a forma com que o plano de recuperação do setor energético foi montado pelas assessorias, pelas empresas de consultoria técnica, que tão muito mais voltada para o interesse das construtoras do que, propriamente, do meio ambiente e das populações que habitam essas áreas ribeirinhas. A Eletronorte, a Eletrobrás, essas companhias elétricas do Estado, elas têm um compromisso com o povo, e não só com as empreiteiras. É esse compromisso que nós estamos cobrando, exigimos respeito e que seja mostrado à opinião pública as consequências pra meio ambiente e pra saúde da população ribeirinha desse plano de recuperação do setor energético que envolve alguns bilhões de dólares de empréstimo num momento em que o Brasil discute dívida externa, discute saúde da população, discute o meio ambiente, eles continuam montando projetos absurdos e atropelando a opinião do povo brasileiro e do povo indígena que, nesse caso, entende que essas barragens são um atentado contra a saúde do povo. Nós sabemos que nos programas de financiamento desses grandes projetos, como Itaipu, Tucuruí, Balbina e as barragens que vão tá sendo construídas no rio Xingu, no rio Ji-Paraná, na bacia do rio Uruguai, eles preveem uma parte de dinheiro, uma parte do empréstimo que deverá ser aplicado no controle do impacto sobre o meio ambiente e populações. Pra fazer lagos, como esse de Tucuruí, que nós conhecemos, onde se preserva uma certa quantidade da vida que habitava aquela região. Do ecossistema. No caso da população indígena, o reparte que tem cabido ao governo investir na assistência à população indígena tem sido extremamente desastroso, não redunda em benefício do povo indígena. As populações são perdidas da sua terra, ficam sujeitas a uma assistência que chega a ser imoral, por parte da Funai, que manipula descaradamente esses recursos, e a situação de saúde fica abandonado. As populações indígenas que estão vivendo, hoje, dentro da área do Projeto Polonoroeste, são testemunha disso. O povo Suruí, Cinta-Larga, o povo Nambikwara mesmo, outros grupos daquela área de Rondônia, têm que recorrer o tempo todo a serviços de saúde que não atende e que não cobre a seriedade dos riscos que estão correndo. Há recursos. O que não há é vontade, respeito, intenção de prestar um serviço sério àquela população da área do Polonoroeste. É contra isso que nós estamos denunciando.

[Melodia "Canto do morcego" Kamayurá]

AILTON KRENAK – Aí foi o canto Kamayurá o "Canto do morcego". Os Kamayurá, povo que habita também a região do Xingu, mesma região que vive o povo Kayapó, Kayabi, Wauja. Há um grupo grande de povos que habitam essa região, ao todo, 18 nações. Esses parentes, eles têm, como esse canto que nós mostramos

agora e o canto Wajãpi, anteriormente, que faz parte dum complexo universo, né, das cerimônias e de saúde, principalmente da saúde mental. É a maneira que o povo indígena estabelece relação com o lugar que vive e que parte de saúde, ela está no centro dessa atenção. Essa primeira conferência de saúde que tivemos oportunidade de participar, onde algumas pessoas tomavam algumas comunidades indígenas como objeto de estudo até de psicólogo, né, do... psiquiatra. Essas pessoas precisam estar atento pra forma que a população indígena tem há muito tempo de estabelecer controle da saúde mental, da participação da pessoa no conjunto do povo em que ele habita, que ele vive junto, que ele faz parte, a integração dessa pessoa no seu espaço, participação dessa pessoa nas lutas desse povo, nas criações, a participação dessa pessoa no universo da cultura do grupo que vive e, a partir daí, que nós podemos começar a discutir com o cientista, com o especialista o que nós consideramos diretrizes pra saúde. E que a população indígena tenha acesso a serviços e ações de saúde como todo o povo brasileiro, mas, sobretudo, que essa população indígena possa ter garantido a sua especificidade, o fato de ter uma maneira tradicional de tratar a questão da saúde, de ter uma forma de vida e de organização, que a intervenção no campo de saúde só pode ser feito se reconhecer isso, se contemplar isso, porque a desagregação do grupo social é o início da doença, é a perda da plena saúde mesmo que isso não significa dano físico, mas é a perda da saúde mental para a população. Então, a garantia do território, que tem sido uma insistência, não só nesse programa, mas sempre, no nosso programa, a gente trata da questão das terras, é porque a saúde do povo tem a ver com o lugar que o povo vive e como vive. Nós estamos, hoje, num programa especial, vamos seguir ainda tratando do tema saúde onde nós teremos a oportunidade de ouvir fala dos monitores de saúde, dos enfermeiros, mesmo de outros técnicos, médicos que estão trabalhando conosco e vamos ver como que, nesse programa de hoje, a gente consegue noticiar, contar como que o povo indígena tá tomando a questão de saúde, hoje, como uma emergência, como coisa prioritária. Voltamos daqui a pouco.

Nota

1 Disponível em: <http://ikore.com.br/programa/saude/>. Acesso em: 3 fev. 2021. Para maiores informações, ver o capítulo de Angela Pappiani nesta coletânea.

Apêndice – Breve apresentação dos entrevistados mencionados nos capítulos

Nas notas biográficas apresentadas neste apêndice em ordem alfabética visamos, primordialmente, a destacar aspectos das trajetórias dos entrevistados que se relacionam à temática da saúde indígena no período analisado nos capítulos desta coletânea, qual seja, dos anos 1980 ao início dos anos 2000. Tais aspectos se vinculam, em particular, à implementação de políticas públicas em saúde; o intuito não é de modo algum cobrir o espectro de atuação desses atores sociais, notadamente muito mais diversificado do que é possível aludir neste breve apêndice. Quando disponível, apresentamos o endereço do currículo na base Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o que se restringe aos entrevistados com atuação na área acadêmica. Os organizadores agradecem a Bruno Nogueira Guimarães e a Hélio Sá pela ajuda na sistematização de parte das notas biográficas.

1. Ailton Krenak (Ailton Alves Lacerda Krenak). Liderança indígena, escritor e doutor *honoris causa* pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Esteve ativamente envolvido com a criação da União das Nações Indígenas (UNI), no início da década de 1980. Participou da articulação e relatoria da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. Contribuiu intensamente com os debates da Constituinte e do capítulo dedicado aos povos indígenas, tendo discursado em defesa dos direitos destes no plenário do Congresso Nacional. Também atuou entre 1985 e 1990 no Programa de Índio da Rádio da Universidade de São Paulo, iniciativa do Núcleo de Cultura Indígena da UNI. Recebeu diversos prêmios por sua atuação.

Entrevista realizada em 29/05/2018 na Serra do Cipó, MG. Duração: 02:15:15

2. Alba Figueroa (Alba Lucy Giraldo Figueroa). Antropóloga, ao longo de sua carreira trabalhou com questões ligadas a cosmologias e saúde e conduziu também pesquisa etnográfica entre os Sateré-Mawé, no Amazonas. Atuou

em agências governamentais no Brasil, tendo participado da formulação de projetos piloto dos distritos sanitários, como o da região do Alto Rio Negro. Acompanhou diversas conferências de Saúde Indígena e trabalhou na Coordenação de Saúde Indígena na Fundação Nacional de Saúde no período inicial de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Foi membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena.

Entrevistas realizadas em 18/04/2018 e 06/12/2018, em Brasília, DF e virtualmente. Duração total: 05:01:07

3. Alcida Ramos (Alcida Rita Ramos). Antropóloga, é professora emérita na Universidade de Brasília. Iniciou pesquisas junto aos Sanumá, subgrupo Yanomami, na década de 1960. Em 1978, com o antropólogo Kenneth Taylor, implementou o Projeto Yanoama, iniciativa pioneira voltada para os Yanomami que incluiu a temática da saúde. Sua carreira é marcada pela simultânea produção de análises etnográficas e envolvimento em atividades voltadas para a defesa do povo Yanomami. Participou ativamente da Comissão pela Criação do Parque Yanomami, atual Comissão Pró-Yanomami. Também tem desenvolvido pesquisas sobre indigenismo comparado na América do Sul. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/8701649902541495

Entrevista realizada em 06/06/2019 no Rio de Janeiro, RJ. Duração: 01:44:19

4. Ana Maria Costa. Antropóloga, atuava na Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde quando organizou a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, e a publicação dos textos que embasaram os debates nessa conferência na edição especial Saúde do Índio da revista *Saúde em Debate*, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, em 1988. Integrou a relatoria da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993). Posteriormente, atuou durante muitos anos na Fundação Nacional do Índio, inclusive na interface com as ações de saúde.

Entrevistas realizadas em 20/04/2018 e 28/04/2018, em Brasília, DF. Duração total: 02:56:32

5. Carlo Zacquini. Indigenista e missionário italiano da Ordem da Consolata, fundador, com Claudia Andujar e Bruce Albert, da Comissão para a Criação do Parque Yanomami, em 1978, atual Comissão Pró-Yanomami (CCPY). É o idealizador e coordenador do Centro de Documentação Indí-

gena, criado em 2012 em Boa Vista, Roraima. Atua entre os Yanomami desde a década de 1960, em defesa da vida e proteção do território Yanomami, tendo se envolvido também em ações interdisciplinares de saúde. Pela CCPY, esteve diretamente envolvido com a implantação do Distrito Sanitário Yanomami e nas atividades do seu Conselho Distrital de Saúde.

Entrevistas realizadas em 08/05/2018 e 11/05/2018 em Boa Vista, RR. Duração total: 02:46:29

6. Carmen Junqueira (Carmen Sylvia de Alvarenga Junqueira). Antropóloga, é professora emérita da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Conduziu diversos projetos de pesquisa e cooperação com povos indígenas, incluindo os Kamayurá (Alto Xingu) e os Cinta-Larga (Mato Grosso e Rondônia). Ao longo de sua carreira dedicou-se à afirmação dos direitos indígenas e à análise da situação dos povos brasileiros no sistema político-econômico nacional. Foi avaliadora da situação dos povos indígenas afetados pelo Programa Polo Noroeste (1982-87) em Mato Grosso e Rondônia e pelo Projeto de Proteção do Meio Ambiente e das Comunidades Indígenas. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/7835938043590509

Entrevistas realizadas em 03/04/2018 e 15/05/2018, em São Paulo, SP. Duração total: 04:55:17

7. Chico Apurinã (Francisco Avelino Batista). Liderança Apurinã que atua no movimento indígena desde a década de 1980, participando de processos demarcatórios e da criação da União das Nações Indígenas – Acre e Sul do Amazonas. Esteve envolvido nas discussões sobre os direitos indígenas na Constituição de 1988. Atuou em diversos projetos de saúde e, posteriormente, na implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Purus, do qual atualmente é assessor. Também participou da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993), foi conselheiro distrital de Saúde Indígena e membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena.

Entrevista realizada em 07/05/2019, em Rio Branco, AC. Duração: 01:12:19

8. Christina Tavares. Jornalista, foi coordenadora da Comunicação Social da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre 1977 e 2010. Atuou como assessora de imprensa de Sergio Arouca durante 18 anos, inclusive na Presidência da Fiocruz. Participou ativamente de diversos eventos da Reforma Sanitária

e foi coordenadora da Comunicação Social da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Tem 43 anos de dedicação à saúde pública, ciência e tecnologia em saúde.

Entrevista realizada em 18/07/2019 no Rio de Janeiro, RJ. Duração: 01:24:51

9. Clóvis Ambrósio. Liderança Wapichana, atua no movimento indígena desde a década de 1970 e esteve envolvido na criação do movimento indígena de Roraima, assumindo a coordenação do Conselho Indígena de Roraima. Participou de diversas conferências nacionais de Saúde Indígena e acompanhou a implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena Leste Roraima, cujo Conselho Distrital presidiu por dez anos. Foi membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena por muitos anos. Continua atuante nas ações locais de saúde na Terra Indígena Malacacheta, em Roraima.

Entrevista realizada em 09/05/2018 em Malacacheta, RR. Duração: 01:52:48

10. Davi Kopenawa. Pajé e liderança Yanomami, criou a Hutukara – Associação Yanomami. Desde a década de 1980 tem exercido papel fundamental nas denúncias, tanto nacional como internacionalmente, sobre as epidemias e outros impactos sobre a saúde das invasões dos territórios Yanomami. Articulou ações de saúde e o processo de demarcação territorial, conquistada em 1992. Acompanha, desde a sua criação, a implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami. Em 1988 recebeu o prêmio Global 500 Award das Nações Unidas e, em 2015, a Ordem do Mérito Cultural por seu trabalho.

Entrevista realizada em 09/05/2018, em Boa Vista, RR. Duração: 02:13:59

11. Diana Pinheiro Marinho. Com formação em serviço social, é tecnologista sênior na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Nas décadas de 1980 e 90 atuou na Casa de Saúde do Índio pela Fundação Nacional do Índio, localizada em Brasília. Posteriormente, fez parte da equipe do Núcleo de Estudos Saúde de Populações Indígenas (Nespi/Ensp/Fiocruz). Participou da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, a Eco-92, realizada no Rio de Janeiro, quando acompanhou as atividades realizadas no chamado Fórum Karioca, no qual foram travados importantes debates sobre

questões ambientais e os povos indígenas. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/3773442240127992

Entrevista realizada em 13/08/2018 no Rio de Janeiro, RJ. Duração: 01:47:07

12. Douglas Rodrigues (Douglas Antonio Rodrigues). Médico e coordenador da Unidade de Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (atual Universidade Federal de São Paulo, Unifesp). Atua no Projeto Xingu da Unifesp desde a década de 1980, nas ações de saúde do Parque Indígena do Xingu. Teve ativa participação no movimento da Reforma Sanitária e nas discussões acerca da política de saúde indígena. Integrou a relatoria da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993), participou de diversas conferências de Saúde Indígena e foi membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. Contribui com a implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/7808005294527243

Entrevista realizada em 02/04/2018, em conjunto com Sofia Mendonça, em São Paulo, SP. Duração: 02:07:01

13. Egon Heck (Egon Dionisio Heck). Teólogo, atuou na estruturação da Unidade Regional Sul do Conselho Indigenista Missionário (Cimi-Sul) e na coordenação do Cimi no Mato Grosso do Sul. Foi secretário executivo da sede nacional do Cimi. Desde seus anos de formação, como aluno de teologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul durante a ditadura militar, participou na militância em favor dos direitos dos oprimidos. Iniciou seu envolvimento com a temática indígena na década de 1970, influenciado pelo Concílio Vaticano 2º e por leituras da Teologia da Libertação. Desde então, sua trajetória é marcada pela atuação em defesa dos direitos dos povos originários.

Entrevistas realizadas em 10/05/2019 e 28/10/2019 em Brasília, DF. Duração total: 02:28:08

14. Egydio Schwade. Teólogo, em 1969 foi membro fundador da Operação Anchieta, que viria a se tornar a ONG Operação Amazônia Nativa, bem como do Conselho Indigenista Missionário, em 1972. Ocupou posições de direção em ambas as organizações, sendo um ativo participante da defesa dos direitos indígenas. Atuou visando a colocar em prática os desígnios do Concílio Vaticano 2º, tomando a Igreja como um instrumento para a

transformação social. A partir desse engajamento, trabalhou em diferentes estados do país, destacando-se seu longo período no Amazonas com o povo Waimiri-Atroari. Denunciou o genocídio indígena em diversas ocasiões, como na marcante participação no 4º Tribunal Russel, em 1980.

Entrevista realizada em 11/06/2020, virtualmente. Duração: 01:45:36

15. Ernilda Souza do Nascimento (Irmã Rosirene). Formada em ciências físicas e biológicas e especialista em saúde pública. Atua no Conselho Indigenista Missionário (Cimi) desde a década de 1970, tendo desenvolvido ações de saúde com povos indígenas no interior de Goiás. Durante a década de 1980 participou da construção da assessoria de saúde do Cimi, o que envolveu levantamentos de saúde, produção de materiais educativos e a organização dos encontros de Saúde Indígena.

Entrevista realizada em 21/05/2018 em São Roque, SP. Duração: 01:45:34

16. Fany Ricardo (Fany Pantaleoni Ricardo). Antropóloga, juntou-se ao Centro Ecumênico de Documentação e Informação em 1978, desenvolvendo com Carlos Alberto (Beto) Ricardo a pesquisa Levantamento dos Povos Indígenas no Brasil. A partir dessa pesquisa, construíram uma rede de colaboradores (antropólogos, linguistas, missionários, indigenistas, entre outros) que originou a publicação *Povos Indígenas no Brasil (PIB)*, série enciclopédica que se tornou, desde o início da década de 1980, uma destacada referência. Sócia fundadora do Instituto Socioambiental e protagonista na produção de dados populacionais dos indígenas, desenvolve diversos projetos de apoio aos povos indígenas no país e milita pelos direitos indígenas há mais de 40 anos.

Entrevista realizada em 16/05/2018, em conjunto com Tiago Moreira dos Santos, em São Paulo, SP. Duração: 02:22:20

17. István Varga (István van Deursen Varga). Médico sanitarista e antropólogo, é professor da Universidade Federal do Maranhão. Como estudante da Escola Paulista de Medicina (atual Universidade Federal de São Paulo, Unifesp), participou de diversos movimentos políticos na década de 1970, tendo integrado o grupo do Projeto Xingu. Atuou na Comissão Pró-Índio de São Paulo e assessorou diversos trabalhos de saúde junto aos povos indígenas, inclusive como consultor técnico da União das Nações Indígenas. Em 1988 apoiou a criação do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Em 1993, cedido para a Fundação Nacional de Saúde, coordenou o comitê executivo da 2ª Conferência

Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/4612474672481875

Entrevista realizada em 16/08/2018 em São Luís, MA. Duração: 03:12:25

18. Ivone Menegolla (Ivone Andreatta Menegolla). Médica sanitarista, no início dos anos 1980 trabalhou no Projeto Rondon na Amazônia. Inicialmente atuou no vale do Javari e depois na assistência à saúde dos povos Yanomami pela Comissão pela Criação do Parque Yanomami. Participou da redação de documentos que denunciavam as consequências sanitárias das invasões garimpeiras no território yanomami. Nos anos 1980 compôs a equipe que implementou o Plano Emergencial de Saúde Yanomami, desencadeado pela Ação Pela Cidadania. No início da década de 1990 atuou como coordenadora na implantação do Distrito Sanitário Yanomami.

Entrevista realizada em 05/11/2018 em Porto Alegre, RS. Duração: 02:45:25

19. Jacir de Souza (Jacir José de Souza). Macuxi da comunidade Maturuca Terra Indígena Raposa Serra do Sol, desde a década de 1970 participou da organização do movimento indígena em Roraima e da criação do Conselho Indígena de Roraima (CIR), do qual foi coordenador. Liderança na luta pela demarcação da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, atuou também pela Coordenação de Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira. Participou de conferências de Saúde Indígena. Pelo CIR desenvolveu projetos de saúde e, posteriormente, atuou na implantação do Distrito Sanitário Leste Roraima, com convênios com a Fundação Nacional de Saúde.

Entrevista realizada em 10/05/2018, em conjunto com Lêda Leitão, em Boa Vista, RR. Duração: 01:52:51

20. Lêda Leitão (Lêda Leitão Martins). Jornalista e antropóloga, atuou como assessora de comunicação da Comissão pela Criação do Parque Yanomami entre 1989 e 1995. Esteve envolvida nas ações do Plano Emergencial Yanomami, do Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena e da implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami. Participou da 2ª Conferência de Saúde para os Povos Indígenas (1993) e de diversos outros eventos sobre a temática. Atua no Distrito Sanitário Especial Indígena Leste Roraima. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/8480281964899871

Entrevistas realizadas em 10/05/2018 e 29/03/2019 em Boa Vista, RR. Duração: 02:43:50 (total da entrevista solo e trechos compartilhados com Jacir de Souza)

21. Letícia Yawanawa. Liderança Yawanawá ligada à União das Nações Indígenas – Acre e Sul do Amazonas, no âmbito da qual participou da criação do Grupo Mulheres Indígenas, uma das primeiras articulações de mulheres indígenas no país. Foi a primeira conselheira indígena no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, representando a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira.

Entrevista realizada em 07/05/2019 em Rio Branco, AC. Duração: 01:19:09

22. Luiza Garnelo (Maria Luiza Garnelo Pereira). Médica sanitarista e antropóloga, é pesquisadora titular do Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazônia). Atua com saúde dos povos indígenas na região do Alto Rio Negro desde a década de 1980, inicialmente pela Rede Autônoma de Saúde Indígena da Universidade Federal do Amazonas. Elaborou umas das primeiras propostas de distrito sanitário indígena na Amazônia (Alto Rio Negro). Participou das discussões para a criação do Distrito Sanitário Yanomami e atuou na implementação de ações em saúde indígena no estado do Amazonas pela Fundação Nacional de Saúde. Participou de diversas conferências de Saúde Indígena, tendo sido relatora da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993). Foi membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/7853309952216648

Entrevista realizada em 27/03/2018 no Rio de Janeiro, RJ. Duração: 02:57:35

23. Marcio Santilli (Márcio José Brando Santilli). Filósofo, foi deputado federal (PMDB SP) entre 1983 e 1987, quando foi membro da Comissão de Relações Exteriores e da Comissão Índios, esta última criada pelo então deputado Mário Juruna. Participou ativamente nos debates da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), com atuação decisiva na luta contra a exploração mineral e do subsolo em terras indígenas. Foi membro do Centro Ecumênico de Documentação e Informação, do Núcleo de Direitos Indígenas e sócio fundador do Instituto Socioambiental, no qual participou da direção. Presidiu a Fundação Nacional do Índio de setembro de 1995 a março de 1996. Foi consultor da Fundação Nacional de Saúde para a criação dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Entrevista realizada em 20/04/2018 em Brasília, DF. Duração: 02:27:43

24. Marcos Pellegrini (Marcos Antônio Pellegrini). Médico e antropólogo, é professor da Universidade Federal de Roraima. Foi estudante da Escola Paulista de Medicina, atual Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), na qual participou do Projeto Xingu. Teve atuação na Comissão pela Criação do Parque Yanomami e também em iniciativas do Conselho Indigenista Missionário no Acre. Participou das ações relacionadas com o Plano Emergencial Yanomami, do Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena, assim como da implantação do Distrito Sanitário Yanomami. Foi da equipe de relatoria da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos indígenas (1993). Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/6581181770526968

Entrevistas realizadas em 07/05/2018 e 26/03/2019 em Boa Vista, RR. Duração total: 02:45:24

25. Maria Gorete Selau (Maria Gorete Gonçalves Selau). Médica sanitarista, durante a década de 1980 atuou em ações de saúde com povos indígenas do Alto Rio Solimões (Amazonas), do Alto Rio Negro (Amazonas) e do povo Yanomami (Amazonas e Roraima). Essas atividades aconteceram em parcerias com o Conselho Indigenista Missionário, o Centro Ecumênico de Documentação e Informação e a Comissão pela Criação do Parque Yanomami. No final dos anos 1980 fez parte da Comitiva da Ação pela Cidadania, quando elaborou relatório sobre a situação de saúde dos Yanomami após a invasão garimpeira. Atuou na Coordenação de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde.

Entrevista realizada em 05/07/2019 em Brasília, DF. Duração: 01:51:11

26. Mirthes Versiani (Mirthes Versiani dos Anjos). Enfermeira e agente pastoral do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), foi responsável pela organização dos encontros de Saúde Indígena realizados entre 1978 e 1988. Pelo Cimi atuou em ações de saúde com povos indígenas no Mato Grosso na década de 1970 e assumiu, em 1986, a Assessoria de Saúde dessa entidade. Esteve na relatoria da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993) e foi membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena.

Entrevista realizada em 30/05/2018 em Ouro Preto, MG. Duração: 01:27:49

27. Nicanor Pinto (Nicanor Rodrigues da Silva Pinto). Médico sanitarista, professor na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Quando estudante da Escola Paulista de Medicina (atual Unifesp), atuou no Projeto

Xingu. Em 1978 foi membro fundador da Comissão Pró-Índio de São Paulo. Participou da relatoria da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986) e apoiou, nas discussões de saúde, as lideranças indígenas vinculadas à União das Nações Indígenas ao longo da década de 1980. Envolveu-se com a Reforma Sanitária, tendo participado de diversas conferências de Saúde. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/1731404918901532

Entrevista realizada em 21/08/2019. Duração: 01:54:50

28. Paulo Daniel da Silva Moraes. É médico sanitarista e indigenista. No final dos anos 1980 passou a acompanhar as questões de saúde indígena, tendo atuado com os povos no Mato Grosso do Sul. Colaborou nas ações e encontros de Saúde Indígena do Conselho Indigenista Missionário em diversas regiões do Amazonas no início dos anos 1990. Participou da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993) e na implementação do Distrito Sanitário Leste Roraima, onde ainda trabalha.

Entrevistas realizadas em 07/05/2018, 10/05/2018 e 21/03/2019, virtualmente. Duração total: 02:59:17

29. Paulo Machado Guimarães. Advogado, atua na assessoria jurídica do Conselho Indigenista Missionário desde o início dos anos 1980. Durante o processo constituinte entre 1987 e 1988, articulou a participação indígena e atuou nos debates sobre direitos indígenas. Esteve envolvido em várias propostas legislativas como o projeto de lei sobre o novo Estatuto dos Povos Indígenas. Assessorou diversas organizações indígenas em processos demarcatórios e outras reivindicações.

Entrevistas realizadas em 08/05/2019 e 23/04/2019 em Brasília, DF. Duração total: 03:02:42

30. Renato Athias (Renato Amram Athias). Antropólogo e professor na Universidade Federal de Pernambuco, desenvolveu estudos antropológicos em diversas regiões do país, em particular no Alto Rio Negro e no estado de Pernambuco. No início de sua carreira trabalhou junto ao Conselho Indigenista Missionário e foi um dos fundadores do jornal *Porantim*, em 1978. Com atuação em pesquisas sobre etnicidade e antropologia visual, desenvolveu também diversos projetos no campo da saúde indígena, com foco em questões de assistência, mediante parcerias com organizações

não governamentais, entre as quais a Saúde Sem Limites e a Oxfam. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/3820775754333816

Entrevista realizada em 09/10/2018 em Recife, PE. Duração: 02:05:34

31. Sofia Mendonça (Sofia Beatriz Machado de Mendonça). Médica e antropóloga, é coordenadora do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo. Atua, desde a década de 1980, nas ações de saúde no Parque Indígena do Xingu e em propostas de formação profissional em saúde indígena. Esteve envolvida com os debates da Reforma Sanitária e a organização da política de saúde indígena. Atuou como membro e coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, tendo participado de diversas conferências de Saúde Indígena. Desde sua criação, contribui com o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/2878850691921316

Entrevistas realizadas em 02/04/2018 e 04/04/2018 em São Paulo, SP. Duração: 03:14:03 (total das entrevistas solo e trechos compartilhados com Douglas Rodrigues)

32. Stella Lobo (Maria Stella de Castro Lobo). Médica sanitarista da Universidade Federal do Rio de Janeiro, começou a atuar junto aos Yanomami durante a crise sanitária decorrente da invasão garimpeira no final dos anos 1980. Além do Plano Emergencial na região, também esteve envolvida na implantação do Distrito Sanitário Yanomami. Participou da elaboração de diversos relatórios sobre a situação sanitária do povo Yanomami e da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993). Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/5788817095337968

Entrevista realizada em 12/11/2018 no Rio de Janeiro, RJ. Duração: 02:14:21

33. Tiago Moreira dos Santos. Cientista social, é analista de desenvolvimento e pesquisa ambiental do Instituto Socioambiental (ISA), em São Paulo, além de desenvolver pesquisa junto ao povo Munduruku, no Alto Tapajós. Atua como editor de conteúdo da plataforma terrasindigenas.org, administrada pelo ISA no Programa de Monitoramento de Áreas Protegidas, onde trabalha diretamente com o processamento de dados sobre indígenas em todo o território nacional. As informações reunidas na plataforma, a partir da análise de diversas fontes, servem de base para outros portais do ISA (como o Povos

Indígenas no Brasil, pib.socioambiental.org), além de constituírem importante instrumento na defesa territorial.

Entrevista realizada em 16/05/2018, em conjunto com Fany Ricardo, em São Paulo, SP. Duração: 02:22:20

34. Ubiratan Moreira (Ubiratan Pedrosa Moreira). Médico sanitarista, tem longa trajetória na gestão. Na década de 1990 começou a trabalhar na Fundação Nacional de Saúde, onde em 1998 assumiu a coordenação do Departamento de Saúde Indígena. Foi responsável pelo início da implementação dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas no país. Também foi membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena e coordenador da 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2001).

Entrevista realizada em 04/10/2019 na Praia do Francês, AL. Duração: 02:26:15

35. Ulisses Confalonieri (Ulisses Eugenio Cavalcanti Confalonieri). Médico sanitarista, é pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz e professor da Universidade Federal Fluminense. Nos anos 1980, foi um dos fundadores do Núcleo de Estudos de Saúde de Populações Indígenas, ligado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Assessorou organizações como a Comissão pela Criação do Parque Yanomami e o Conselho Indigenista Missionário. Participou dos debates sobre as proposições de distritalização e foi membro e coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. Mais informações podem ser obtidas em seu currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/0960107425984526

Entrevista realizada em 29/08/2018 em São Lourenço, MG. Duração: 01:58:41

36. Zezinho Kaxarari (José Souza da Silva Kaxarari). Liderança Kaxarari que desde o início dos anos 1980 acompanhou as lutas pela demarcação de terras indígenas no Acre, no sul do Amazonas e no noroeste de Rondônia. Atuou como agente de saúde pela Comissão Pró-Índio no Acre e participou da criação da União das Nações Indígena do Acre e Sul do Amazonas. Foi da equipe organizadora da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993), membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena e o primeiro representante indígena no Conselho Nacional de Saúde. Participou ativamente da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Alto Rio Juruá e do Alto Rio Purus, sendo ainda colaborador deste último.

Entrevista realizada em 06/05/2019 em Extrema, RO. Duração: 02:03:13

Outros títulos da coleção Saúde dos Povos Indígenas

Entre Demografia e Antropologia: povos indígenas no Brasil
Ricardo Ventura Santos, Bruno Nogueira Guimarães, Marden Barbosa de Campos e Marta Maria do Amaral Azevedo (orgs.), 2019

A Cosmopolítica da Gestação, do Parto e do Pós-Parto: autoatenção e medicalização entre os índios Munduruku
Raquel Paiva Dias-Scopel, 2018

Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas
Carla Costa Teixeira e Luiza Garnelo (orgs.), 2014

Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais
Maximiliano Loiola Ponte de Souza (org.), 2013

Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas
Luciane Ouriques Ferreira, 2013

Transformação e Persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica
Maurício Soares Leite, 2007

Demografia dos Povos Indígenas no Brasil
Heloísa Pagliaro, Marta Maria Azevedo e Ricardo Ventura Santos (orgs.), 2005

Poder, Hierarquia e Reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro
Luiza Garnelo, 2003

Coleção Saúde dos Povos Indígenas

Os povos indígenas no Brasil constituem minorias étnicas e demográficas que, não obstante, ocupam um espaço proeminente na trajetória histórica e nos ideários sobre a constituição da sociedade brasileira. Infelizmente esse *lócus* diferenciado não tem sido acompanhado pelo devido respeito às suas particularidades socioculturais no âmbito da implementação das políticas públicas.

A área da saúde é uma arena privilegiada para análises acerca das relações entre universos indígenas e não indígenas. Por transcender áreas do saber específicas, abrangendo teorias e métodos da antropologia, biologia, ecologia, demografia, epidemiologia, história e saúde coletiva, entre outras, constitui um ponto de confluência entre as ciências humanas e biomédicas. Tanto no meio acadêmico como nos serviços, as pesquisas sobre saúde indígena estão em considerável expansão.

Esta coleção publica estudos originais sobre as mais diversas facetas do processo saúde-doença dos povos indígenas, reunindo obras de autores nacionais e estrangeiros. Seus títulos são uma contribuição para a construção de enfoques teóricos inovadores que, no tocante à saúde, possibilitem estabelecer relações socialmente mais justas entre a sociedade nacional brasileira e os povos indígenas.

ISBN: 978-6557080467
9 786557 080467